

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# **CURSO BÁSICO DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**



Brasília – DF  
2016



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

# **CURSO BÁSICO DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS**



**Brasília – DF  
2016**



**Elaboração, distribuição e informações:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Atenção à Saúde  
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas  
SAF Sul, Trecho 2, lotes 5/6, bloco F Torre II  
Edifício Premium, 3º andar, sala 301  
CEP 70070-600 – Brasília/DF  
Tel.: (61) 3315-5870

**1ª Edição impressa – 2006:**

**Coordenação técnica:** Claunara Schilling  
Mendonça, Débora do Carmo,  
Marília Cristina Prado Louvison  
**Cooperação técnica:**  
Organização Pan-Americana da Saúde – Opas

**Grupo de revisão:**

Afonso Teixeira dos Reis  
Adriana Assis Miranda  
Aldrovando Nery de Aguiar  
Airton Carlos da Silva  
Ana Cecília Bastos Stenzel  
Ana Cristina Souza de Farias  
Ana Regina Boll  
Anna Maria Leal  
Antônio Carlos Onofre de Lira  
Carlos Alberto Silva Martins  
Claunara Schilling Mendonça  
Cleuza Rodrigues Silveira Bernardo  
Cristina Sette de Lima  
Débora do Carmo  
Edna Miyuki Hirano  
Elaine Maria Giannotti  
Emília Domingos  
Francisco Carlos Cardoso de Campos  
João Marcelo Barreto Silva  
José Carlos de Moraes  
Leonardo Dutra Lemos  
Leonor Herminia Zortea Bringhent  
Luciana Chagas  
Luiza Alonso  
Márcia Portugal Siqueira  
Marcos Lindenberg Neto  
Mária Alessandra C. Albuquerque  
Mária Inez Pordeus Gadelha  
Mária José C. Neuenschwande  
Mária Luíza Penna Marques  
Marília Cristina Prado Louvison  
Mario Lobato da Costa  
Nivaldo Valdemiro Simão  
Paulo Sérgio Oliveira Nunes  
Raimunda Nina de C. Cordeiro  
Rosane de Mendonça Gomes  
Silvana Solange Rossi

Tereza de Fátima Alecrim Coelho  
Valéria Fonseca de Paiva  
Zeila de Fátima Abraão Marques

**2ª Edição impressa – 2011:**

**Coordenação técnica:** Leonardo Dutra Lemos;  
Marília Cristina Prado Louvison; Rosângela  
Franzese; Vanderlei Soares Moya  
**Cooperação técnica:** Organização  
Pan-Americana da Saúde – Opas

**Grupo de revisão:**

Adalgisa Borges Nogueira Nomura  
Antônio Claudio Galvão  
Carmem S. Godoy C. Corino Nascimento  
Claunara Schilling Mendonça  
Cynthia San Martin Leite de Abreu  
Dagoberto Eloy Lagoa  
Edna Miyuki Hirano  
Elaine Maria Giannotti  
Elisabeth Mendes Marques  
Emília Domingos  
Eronina A. S. Frederico  
Francisco Torres Troccoli  
Glória Delfim Costa e Silva Walker  
Helena Caruso Torres  
João Marcelo Barreto Silva  
José Claudio Domingos  
Jose dos Santos  
Josenei Santos  
Julia Virginia Ranalli  
Leonardo Dutra Lemos  
Luiz Antônio Preto  
Luís Henrique Magacho Volu  
Marcia Leme Cavalheiro  
Marília Cristina Prado Louvison  
Marisa da Silva Lima  
Márcia Alves de Sousa  
Michael R. de Paula  
Michel Elie Hayek  
Miguel Leonardo E. Montania  
Nadia B. Marinangelo  
Nilton Alves de Oliveira  
Regiane Nunes  
Rosângela Franzese  
Sandra Regina A. G. B. Tavares  
Silvana Solange Rossi  
Tania Maria Bonfim da Cunha  
Vanderlei Soares Moya  
Viviane Haddad Silva Higuchi

**1ª Edição eletrônica – 2016:**

**Direção:** Cleuza R. da Silva Bernardes  
**Coordenação Técnica:** Áquilas Nogueira  
Mendes; Edna Miyuki Hirano;

Elaine Maria Giannotti; João Marcelo Barreto Silva,  
Leonardo Dutra Lemos; Marília Cristina Prado  
Louvison; Vanderlei Soares Moya.  
**Cooperação Técnica:** Organização  
Pan-Americana da Saúde – Opas.

**Grupo de revisão:**

Alessandra Maass  
Alyne Azevedo Lemos  
Amanda Oliveira de Brito  
Antônia Eliana Pinto  
Áquilas Nogueira Mendes  
Carlos Armando L. do Nascimento  
Clarivan do Couto Gonçalves  
Daniele Marie Guerra  
Denise Vieira Antunes Amaral  
Edna Miyuki Hirano  
Elaine Maria Giannotti  
Francisco Torres Troccoli  
João Marcelo Barreto Silva  
Johnson Andrade de Araújo  
Leonardo Dutra Lemos  
Leticia de Oliveira Fraga de Aguiar  
Luciani Martins Ricardi  
Luciano Gomes Marcelino  
Mária Francisca Santos Abritta Moro  
Mariana Prado Freire  
Marília Cristina Prado Louvison  
Michael Luiz Diana de Oliveira  
Otavio Augusto dos Santos  
Rafael Sindeaux  
Rodrigo Wilson de Souza  
Vanderlei Soares Moya

**Editora responsável:**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria-Executiva  
Subsecretaria de Assuntos Administrativos  
Coordenação-Geral de Documentação e Informação  
Coordenação de Gestão Editorial  
SIA, Trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040 – Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
Site: <http://editora.saude.gov.br>  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

**Equipe editorial:**

Normalização: Delano de Aquino Silva  
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza  
Capa, projeto gráfico e diagramação:  
Leonardo Gonçalves

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.  
Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.  
227 p. : il.

Edição eletrônica da 2ª edição do livro Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS  
Modo de acesso: World Wide Web: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso\\_regulacao\\_SUS\\_1ed\\_eletronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf)>  
ISBN 978-85-334-2438-8

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Regulação. 3. Auditoria. 4. Avaliação institucional. I. Título.

CDU 614.2:351.77

**Título para indexação:**

Basic course of regulation of the Brazilian Health Care System

# SIGLAS

AB	– Atenção Básica
ADTC	– Ato das Disposições Transitórias Constitucionais
Aids	– Acquired Immuno deficiency Syndrome (inglês) – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	– Ações Integradas de Saúde
ANS	– Agência Nacional de Saúde
Anvisa	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
Apac	– Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APS	– Atenção Primária à Saúde
BPA	– Boletim de Processamento Ambulatorial
Bpai	– Boletim de Processamento Ambulatorial Individualizado
CAPs	– Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBO	– Classificação Brasileira de Ocupações
Cerac	– Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CES	– Conselho Estadual de Saúde
CF	– Constituição Federal
CGRA	– Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação
CIB	– Comissão Intergestores Bipartite
CIH	– Comunicação de Internação Hospitalar
CIR	– Comissão Intergestores Regional
CIT	– Comissão Intergestores Tripartite
Cnes	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC	– Centro Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CNS	– Cartão Nacional de Saúde
Coap	– Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
Conasems	– Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
Conass	– Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
DAB	– Departamento de Atenção Básica – MS
DATASUS	– Departamento de Informática do SUS
DRAC	– Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
DST	– Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	– Emenda Constitucional
eSF	– Equipe Saúde da Família
ESF	– Estratégia Saúde da Família
Faec	– Fundo de Ações Estratégicas e Compensatórias
FCES	– Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde
FMS	– Fundo Municipal de Saúde
FNS	– Fundo Nacional de Saúde
FPO	– Ficha de Programação Físico-Orçamentária
GAP	– Guia de Autorização de Pagamento
GM	– Gabinete do Ministro
Hiperdia	– Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
Iapas	– Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs	– Institutos de Aposentadorias e Pensões
Inamps	– Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	– Instituto Nacional de Previdência Social
LDO	– Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	– Lei Orçamentária Anual
Loas	– Leis Orgânicas da Saúde
MAC	– Média e Alta Complexidade
MS	– Ministério da Saúde
Noas	– Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	– Norma Operacional Básica
Opas	– Organização Pan-Americana da Saúde
OPM	– Órtese de Prótese e Medicamentos
PAB	– Piso da Atenção Básica

Pacs	– Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAS	– Programação Anual de Saúde
PDR	– Plano Diretor de Regionalização
PGASS	– Programação Geral das Ações e Serviços da Saúde
PIB	– Produto Interno Bruto
Planeja SUS	– Sistema de Planejamento do SUS
Pnash	– Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
Pnass	– Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PPI	– Programação Pactuada e Integrada
PS	– Plano de Saúde
PT	– Portaria
RAG	– Relatório Anual de Saúde
RAS	– Redes de Atenção à Saúde
RCAA	– Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
Rename	– Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
Renases	– Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RUE	– Rede de Urgência e Emergência
SADT	– Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMHPS	– Sistema de Autorização Médico-Hospitalar da Previdência Social
Samu	– Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SargSUS	– Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
SAS	– Secretaria de Atenção à Saúde
SF	– Saúde da Família
SIA	– Sistema de Informações Ambulatoriais
Siab	– Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	– Sistema de Informações Hospitalares
SIM	– Sistema de Informação de Mortalidade
Sinan	– Sistema de Informação de Agravos de Notificação
Sinasc	– Sistema de Informação de Nascimentos
Sinpas	– Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
Siops	– Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
Sisab	– Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISCNS	– Sistema de Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde
Sisprenatal	– Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
Sisreg	– Sistema de Regulação em Saúde
SNA	– Sistema Nacional de Auditoria
SP	– Serviços Profissionais
SUDS	– Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TAS	– Termo de Ajuste Sanitário
Tcep	– Termo de Cooperação entre Entes Públicos
TCG	– Termos de Compromisso de Gestão
TCU	– Tribunal de Contas da União
TFD	– Tratamento Fora do Domicílio
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>11</b>
<b>ESTRUTURA GERAL</b>	<b>13</b>
<b>CONFIGURAÇÃO PROGRAMÁTICA</b>	<b>14</b>
<b>MÓDULO 1 – REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE</b>	<b>25</b>
Oficina 1.1 – Regulação em saúde	26
Oficina 1.2 – Princípios e diretrizes do SUS	38
Oficina 1.3 – Gestão do SUS	53
Oficina 1.4 – Produção do cuidado e redes de atenção	83
<b>MÓDULO 2 – REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE</b>	<b>103</b>
Oficina 2.1 – Contratação de serviços de saúde	104
Oficina 2.2 – Controle e monitoramento nos serviços de saúde	127
Oficina 2.3 – Informação e avaliação	149
<b>MÓDULO 3 – REGULAÇÃO DO ACESSO</b>	<b>179</b>
Oficina 3.1 – Regulação do acesso nos serviços de saúde	180
Oficina 3.2 – O complexo regulador	203
Oficina 3.3 – Desafios para uma regulação produtora de cuidado	225







## APRESENTAÇÃO

Ao apresentar a primeira edição do *Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS – CBRCAA – SUS*, no ano de 2005, o Ministério da Saúde (MS) manifestava o desejo de sistematizar um conjunto de saberes e práticas, para disseminá-los em âmbito nacional, num curto espaço de tempo, alcançando o maior número possível de trabalhadores das áreas.

O CBRCAA estava inserido numa primeira proposta de constituição de uma Política Nacional de Regulação do SUS, que previa a garantia da alocação de recursos para a implantação dos complexos reguladores da assistência, o desenvolvimento de instrumentos para operacionalizar as funções reguladoras e o desenvolvimento de um programa de capacitação permanente de trabalhadores.

Confirmando a materialização desse desejo, que culminou com a publicação da Política Nacional de Regulação do SUS, no ano de 2008, o Ministério da Saúde produziu, em 2011, uma nova versão, revista e ampliada, do CBRCAA, 2ª edição, buscando dar continuidade à formação de quadros estratégicos e gerenciais de maneira propositiva e crítica.

Neste momento, propõe-se um novo ciclo de formação com a proposta de um curso que traga os recentes movimentos do SUS, em especial a regulamentação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que traz novos desafios para a gestão, em especial o fortalecimento da regionalização e da organização das Redes de Atenção à Saúde, tendo os processos regulatórios como um dos seus componentes estruturantes.

Assim, apresentamos uma nova versão do curso denominado *Curso Básico de Regulação do Sistema Único de Saúde – CBR-SUS – 3ª edição*, produzido a partir da prática dos serviços, visando agregar conhecimento à gestão e continuar colaborando com a formação de quadros estratégicos para o SUS, numa lógica de educação permanente.

Bom curso a todos!

MINISTÉRIO DA SAÚDE



## INTRODUÇÃO

As inúmeras transformações que o SUS vem produzindo ao longo de sua implantação e o aprimoramento da gestão trouxeram como desafios a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS. Esse processo envolve o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho por meio do fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS, no sentido de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, e tem, como pano de fundo, a regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde.

Há de se considerar que a centralidade do usuário nas políticas nacionais de saúde traz para a agenda dos gestores do SUS a pauta prioritária relacionada ao acesso, à qualidade e à humanização na produção do cuidado.

Assim, este curso pretende atender às expectativas de gestores e técnicos das áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS, reconhecendo que lógicas e interesses distintos convivem lado a lado, com recursos finitos, acesso universal e veloz incorporação tecnológica, entre outras questões que afetam a política de regulação.

A aprovação do Pacto pela Saúde, expressa na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, além de reafirmar o compromisso dos gestores de saúde, das três esferas do governo, com os princípios e as diretrizes do SUS, trouxe a regionalização da saúde com mais força para a agenda do SUS, que orientada para a descentralização das ações dos serviços de saúde e dos processos de negociação e pactuação entre os gestores, incorporou grandes desafios para o desenvolvimento das ações de regulação.

A publicação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 tem papel importante ao regular a estrutura organizativa do SUS, apresentando novos desafios, valorizando a atenção básica, como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e principal porta de entrada ao sistema, reafirmando, assim, uma proposta efetiva de organização do modelo assistencial.

Este curso apresenta e discute os conceitos de regulação como função de Estado e suas especificidades no setor Saúde. Assim, a regulação em saúde apresentada é composta por um conjunto de ações que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. Abrange tanto o ato de regulamentar, elaborar leis, regras, normas, instruções etc. quanto às ações e às técnicas que asseguram seu cumprimento, ou seja, fiscalização, controle, avaliação e auditoria.

Enfim, a proposta de formação trazida pelo Curso Básico de Regulação do SUS aborda questões conceituais importantes e necessárias para a compreensão da magnitude do processo regulatório do sistema e caracterizam-se por proporcionar discussão acerca das experiências de regulação em saúde num contexto social, político e econômico do SUS, estimulando o aperfeiçoamento das práticas de gestão e da produção do cuidado.



## OBJETIVOS

O Curso tem como objetivo principal a transformação das práticas nas áreas de regulação, controle e avaliação, incorporando saberes e adequando-se às atuais necessidades da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

São objetivos específicos:

- Apresentar e discutir os conceitos de regulação como função do Estado e suas especificidades no setor Saúde.
- Reconhecer o SUS como um processo social em construção.
- Renovar o compromisso com os princípios e as diretrizes do SUS.
- Propiciar a reflexão da importância do financiamento, do planejamento, da programação, da ouvidoria e da participação social para a gestão no SUS.
- Promover a reflexão sobre os vários modelos de produção de cuidado, redes de atenção e linhas de cuidado.
- Promover a reflexão e apropriação de modelos de atenção à saúde que melhor implementem os princípios e as diretrizes do SUS.
- Promover a reflexão sobre os mecanismos para articulação e regionalização dos serviços e ações de saúde em redes de atenção.
- Promover a reflexão da necessidade em formalizar a relação entre gestor e prestador de serviços de saúde e sua interface com a regulação, controle, avaliação e auditoria.
- Promover a reflexão das práticas de controle e monitoramento das ações de assistência no SUS.
- Promover a reflexão do reconhecimento e do papel da auditoria no SUS como ferramenta de gestão, integrada aos processos de planejamento, regulação, avaliação e controle.
- Promover a reflexão sobre a importância da produção e do uso das informações em saúde.
- Promover a cultura avaliativa e o uso de indicadores para avaliação dos sistemas e dos serviços de saúde.
- Promover a reflexão sobre os processos de regulação do acesso desencadeados a partir da atenção básica e nos demais estabelecimentos e serviços de saúde.
- Conhecer a organização do complexo regulador e sua importância para a regulação do acesso.
- Analisar o processo de gestão do cuidado como um processo regulatório do acesso e da qualidade da atenção à saúde.
- Refletir sobre a regulação como um processo cuidador.





## ESTRUTURA GERAL

Esta versão do Curso Básico de Regulação do SUS está proposta em três módulos, sendo o primeiro composto por quatro oficinas, o segundo e o terceiro compostos por três oficinas, com duração de quatro horas cada uma, com orientação de, pelo menos, dois tutores. É formado pelos módulos: REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE; REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA, com a preocupação de relacioná-los entre si. A proposta contempla, ainda, um momento inicial de apresentação e um momento final de avaliação. Dessa forma, a carga horária totaliza 40 horas.

Considerando que o curso apoia o aprimoramento da área de regulação nos territórios, a indicação dos participantes é responsabilidade dos gestores locais que os deve escolher, preferencialmente, entre os profissionais que atuam nas áreas técnicas de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS.

Cabe ao gestor local organizar turmas com no máximo 30 alunos, em espaços físicos adequados para atividades em grupos distintos, garantindo também o material de apoio necessário.

O desenvolvimento pedagógico contemplará metodologias de ensino e de aprendizagem, em uma perspectiva crítica e assertiva, com o propósito de desencadear, fomentar e fortalecer a formação de sujeitos críticos e a criação e legitimação do conhecimento pelo trabalho. Coerente com os desafios da educação contemporânea, a metodologia utilizada será a da problematização.

A problematização é uma estratégia pedagógica que permite a construção do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades e atitudes para resolver problemas, considerando experiências anteriores de aprendizagem, culturais e de vida.

Toda oficina está proposta para ser iniciada com estímulo coletivo, que deverá trazer conteúdo mínimo, quando necessário, seguida de atividades em grupos, mediante roteiro, em que será problematizado o tema e suas necessidades de releitura, por meio de exercícios ou textos previamente selecionados. Será sempre garantido o espaço da plenária para apresentação dos grupos, finalizando com alinhamento conceitual intermediado pela resolução coletiva dos problemas analisados.

# CONFIGURAÇÃO PROGRAMÁTICA

## MÓDULO 1 – REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

### Oficina 1.1 – Regulação em saúde

#### Objetivo

- Apresentar e discutir os conceitos de regulação como função do Estado e suas especificidades no setor Saúde.

#### Conteúdos

- Regulação estatal no setor Saúde.
- Política Nacional de Regulação.





## **Oficina 1.2 – Princípios e diretrizes do SUS**

### **Objetivos**

- Reconhecer o SUS como um processo social em construção.
- Renovar o compromisso com os princípios e as diretrizes do SUS.

### **Conteúdos**

- Evolução das políticas de saúde no Brasil.
- Princípios e Diretrizes do SUS.
- O processo de construção do SUS.

## **Oficina 1.3 – Gestão do SUS**

### **Objetivo**

- Propiciar a reflexão sobre a importância do financiamento, do planejamento, da programação, da ouvidoria e da participação social para a gestão no SUS.

### **Conteúdos**

- Planejamento no SUS.
- Instrumentos de gestão do SUS.
- Financiamento da saúde.
- Programação geral das ações e serviços de saúde (PGASS).
- Ouvidoria do SUS.
- Participação social.



## **Oficina 1.4 – Produção do cuidado e redes de atenção**

### **Objetivos**

- Promover a reflexão sobre os vários modelos de produção de cuidado, redes de atenção e linhas de cuidado.
- Promover a reflexão e apropriação de modelos de atenção à saúde que melhor implementem os princípios e as diretrizes do SUS.
- Promover a reflexão sobre os mecanismos para articulação e regionalização dos serviços e ações de saúde em redes de atenção.

### **Conteúdos**

- Modelos de atenção à saúde.
- Modelos de produção do cuidado.
- Redes de Atenção à Saúde.
- Linhas de cuidado.

## **MÓDULO 2 – REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE**

### **Oficina 2.1 – Contratação de serviços de saúde**

#### **Objetivo**

- Promover a reflexão da necessidade em formalizar a relação entre gestor e prestador de serviços de saúde e sua interface com a regulação, controle, avaliação e auditoria.

#### **Conteúdos**

- Contratação dos serviços de saúde.
- Relação dos contratos com os processos de gestão.
- Instrumentos para contratação.



## Oficina 2.2 – Controle e monitoramento nos serviços de saúde

### Objetivos

- Promover a reflexão das práticas de controle e monitoramento das ações de assistência no SUS.
- Promover a reflexão do reconhecimento e do papel da auditoria no SUS como ferramenta de gestão, integrada aos processos de planejamento, regulação, avaliação e controle.

### Conteúdos

- Evolução das ações de controle dos serviços de saúde.
- Processos de trabalho inerentes ao controle das ações e dos serviços de saúde no SUS.
- Controle da assistência ambulatorial.
- Controle da assistência hospitalar.
- Monitoramento em saúde.
- Auditoria em saúde no SUS.

## **Oficina 2.3 – Informação e avaliação**

### **Objetivos**

- Promover a reflexão sobre a importância da produção e do uso das informações em saúde.
- Promover a cultura avaliativa e o uso de indicadores para avaliação dos sistemas e dos serviços de saúde.

### **Conteúdos**

- Sistemas de informações em saúde.
- Construção e uso de indicadores.
- Avaliação de sistemas de saúde.
- Avaliação de serviços de saúde.



## **MÓDULO 3 – REGULAÇÃO DO ACESSO**

### **Oficina 3.1 – Regulação do acesso aos serviços de saúde**

#### **Objetivo**

- Promover a reflexão sobre os processos de regulação do acesso desencadeados a partir da atenção básica e nos demais estabelecimentos e serviços de saúde.

#### **Conteúdos**

- Regulação do acesso à assistência.
- Instrumentos de regulação do acesso e Gestão da Clínica.
- Regulação do acesso a partir da atenção básica.
- Regulação do acesso à atenção especializada.
- Importância dos processos de Telessaúde para a regulação do acesso.

## **Oficina 3.2 – O complexo regulador**

### **Objetivo**

- Conhecer a organização do complexo regulador e sua importância para a regulação do acesso.

### **Conteúdos**

- O complexo regulador.
- A implantação das centrais de regulação.





## **Oficina 3.3 – Desafios para uma regulação produtora de cuidado**

### **Objetivos**

- Analisar o processo de gestão do cuidado como um processo regulatório do acesso e qualidade da atenção à saúde.
- Refletir sobre a regulação como um processo cuidador.

### **Conteúdo**

- Regulação do acesso como um processo cuidador.



# MÓDULO 1 – REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

**Oficina 1.1 – Regulação em saúde**

**Oficina 1.2 – Princípios e diretrizes do SUS**

**Oficina 1.3 – Gestão do SUS**

**Oficina 1.4 – Produção do cuidado e redes de atenção**



# Oficina 1.1 – Regulação em saúde

## Objetivo

- Apresentar e discutir os conceitos de regulação como função do Estado e suas especificidades no setor Saúde.

## Conteúdos

- Regulação estatal no setor Saúde.
- Política Nacional de Regulação.

## Atividades

- Apresentação dos participantes do Curso e compartilhamento das expectativas individuais.
- Apresentação e debate do filme **“SICKO – SOS Saúde”** do autor **Michael Moore**.
- Em grupo, leitura do texto base e discussão:
  - Quais são os principais desafios da Regulação em Saúde no SUS considerando tratar-se de um Sistema Universal de Saúde onde “é livre à iniciativa privada”, um projeto em permanente disputa da saúde como direito *versus* saúde como mercadoria.
  - Quais são as Contribuições da Política Nacional de Regulação no processo de construção do SUS.
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

## Material de Apoio

- Filme “Ilha das Flores”.
- Política Nacional de Regulação.

## REGULAÇÃO ESTATAL NO SETOR SAÚDE



Historicamente, o Estado não esteve sempre presente na organização social das populações. A participação do Estado nas políticas públicas sociais e de saúde é desencadeada a partir do crescimento populacional e do surgimento de sociedades com maior complexidade. O Estado passa então ter como uma de suas principais funções ser o grande mediador das relações sociais, controlando os conflitos e provendo necessidades.

O Estado assume as mais variadas formas de governo, de acordo com as condições de cada tempo e lugar; dos estados teocráticos e centralizados da antiguidade oriental aos estados democráticos e mesmo totalitários de nossos dias. O fato é que o Estado tal qual conhecemos hoje, embora guarde profundas semelhanças com instituições políticas antigas, é fruto de um processo de formação que se inicia no final da Idade Média, com a dissolução do Estado teocrático feudal e a organização do Estado Moderno atual.

Neste contexto é parte das funções do Estado, como mediador dos conflitos e provedor de necessidades sociais, a Proteção Social. A Proteção Social é a ação de proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência; riscos relacionados a fatores naturais e/ou ambientais (sociedades tradicionais) e riscos relacionados a fatores econômicos, políticos e sociais (sociedades modernas).

Proteção social é uma “rede de solidariedade”; a solidariedade institucionalizada tanto pode abranger a noção de cidadania social quanto limitar-se a categorias ocupacionais ou, ainda ao âmbito familiar e local. Antigos sistemas de

proteção social são: família; associações da comunidade; instituições religiosas e filantrópicas; já os modernos sistemas de proteção social são as categorias profissionais e o Estado.

De acordo com o momento histórico, cada sociedade adota diferentes modelos de proteção social. Os modelos de sistemas de proteção social podem ser conceituados como (FLEURY, 1994):

- **Modelo da Assistência Social ou Residual:** o mercado é o canal de satisfação das demandas sociais de acordo com os interesses individuais e seu poder aquisitivo. A ação pública é suplementar e compensatória, dirigida aos pobres. Estes têm de provar sua pobreza e recebem os benefícios de acordo com a disponibilidade de recursos, garantida por doações privadas, públicas e trabalho voluntário. Os benefícios, como caridade, não se configuram como direito, mas desqualificam, têm caráter preventivo, educativo e punitivo, podendo ser acompanhado da perda de outros direitos, formando o caráter de Cidadania Invertida.
- **Modelo do Seguro Social ou Meritocrático:** o Estado responde às demandas sociais dos trabalhadores formais e suas famílias, com financiamento baseado em contribuições de empregados, empregadores e Estado. Em geral, são sistemas de organização fragmentada que prestam serviços e benefícios também diferenciados. Embora tenha uma base de solidariedade, o princípio Meritocrático de receber benefícios e serviços segundo o grau de contribuição e na condição de inserção na estrutura produtiva cria o *status* de privilégio, sob qual mérito é requerida a cidadania, transformando-a em Cidadania Regulada.
- **Modelo da Seguridade Social:** o Estado, mediante ação centralizada e unificada, procura garantir a toda população um mínimo vital em termos de renda, bens e serviços, segundo um ideal de justiça social. Tanto a administração quanto o financiamento são de responsabilidade estatal. Os benefícios e serviços têm por base um mínimo que assegure a redistribuição da riqueza social e a correção das desigualdades de mercado. São concedidos segundo necessidades e direitos universalizados. O padrão de intervenção governamental busca conjugar políticas sociais e econômicas como estratégia de desenvolvimento. Predomina na relação Estado/sociedade a Cidadania Universal.

Nos sistemas nacionais de saúde o acesso é universal para toda a população e o sistema é integralmente financiado com recursos fiscais provenientes de impostos pagos por toda a sociedade. Nos sistemas de saúde organizados com base no modelo de seguro social, o acesso aos serviços é restrito aos trabalhadores do mercado formal, e o financiamento do sistema é composto pelas contribuições sociais pagas por empresas e trabalhadores. Nos sistemas de saúde nos quais o principal acesso aos serviços ocorre por meio do próprio mercado, as principais



fontes de financiamento são os prêmios pagos pelos usuários às empresas seguradoras, assim como o pagamento direto aos prestadores de serviço. Os órgãos internacionais de saúde têm pautado o debate sobre a Cobertura Universal de Saúde (C.U.S.) que, apesar de indicar a importância de ampliar a cobertura dos sistemas de saúde para toda a população, trata como uma política focalizada específica para grupos de maior vulnerabilidade, e não uma política de bem-estar social com acesso universal.

De modo geral, os sistemas de saúde têm como objetivos: a garantia do acesso universal, a prestação do cuidado efetivo, o eficiente uso dos recursos disponíveis, a qualidade na prestação dos serviços e a capacidade de resposta às necessidades de saúde da população. Embora haja certa convergência nos objetivos, os sistemas de saúde têm se organizado de formas distintas para alcançá-los.

A Constituição de 1988 foi denominada “Constituição Cidadã”, pois a partir dela o modelo de Seguridade Social foi adotado no Brasil. A Reforma Sanitária, por meio das diretrizes definidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, possibilitou que, na Constituição Federal de 1988, o Sistema Público de Saúde Brasileiro assumisse modelo de seguridade social e de cidadania universal.

No Brasil, temos um sistema universal de saúde onde convivem e disputam duas lógicas distintas: a do público e de acesso universal financiado por impostos e contribuições sociais pagos por toda a sociedade; e pelo sistema de saúde suplementar, privado, de acesso restrito a parte da população, financiado pelas mensalidades pagas pelos clientes individuais e principalmente por empresas que financiam planos de saúde coletivos para seus funcionários.

Além disso, existe um dilema inerente ao setor Saúde. Por um lado, as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico e a constante busca por novas técnicas de diagnose e terapêuticas geram um forte interesse e uma pressão da população e dos profissionais de saúde para a introdução dessas novas tecnologias e dos procedimentos que possam melhorar a capacidade de resposta às doenças prevalentes e atender às necessidades da população. Por outro lado, tecnologias e intervenções inadequadamente testadas e avaliadas, quanto aos seus benefícios, além de não apresentarem os resultados esperados, podem dispendir recursos que, muitas vezes, são insuficientes para atender todas as necessidades de saúde de uma determinada população. Vale ressaltar que os gastos com a prestação de serviços de saúde têm aumentado nas últimas décadas e consumido grande proporção de recursos, individualmente ou dos governos.

Os sistemas de saúde, independentemente de sua forma de organização, em todo o mundo passam por várias crises. Identifica-se uma crise do financiamento, com incremento dos gastos em percentual progressivamente maior do que a

capacidade de impostos da sociedade; uma crise do conhecimento que se dá por conta da falência do modelo de tratar a doença, por uma gama de especialistas, com profundo saber sobre área específica e pouco abrangente, e uma crise de valores que diz respeito à crise moral que o mundo enfrenta, em que valores éticos, como a Universalidade e a Equidade no setor da Saúde, vêm sendo questionados em praticamente todos os países, inclusive no Brasil.

Porém, é **na crise de regulação** em que os conflitos afloram. Esta crise deriva do confronto de quatro lógicas que permeiam o sistema de saúde:

- A lógica de mercado (produtores, fornecedores distribuidores e usuários como consumidores de um bem de mercado – a saúde), que pressionam e demandam por produtos e serviços de modo contínuo e progressivamente crescente.
- A lógica profissional, pela qual se dá, por motivos diversos (prestígio, lucro, interesse científico...), a pressão pela incorporação de novas tecnologias muitas das vezes de modo acrítico e sem a devida segurança assegurada técnico-cientificamente (o caso da retirada do mercado da vez é sintomático dessa falta de garantia que a pressa da incorporação traz). A lógica profissional tanto pode ser conduzida pelos interesses do mercado (produtores e fornecedores) como conduzir à lógica de mercado (influência dos profissionais da saúde sobre os usuários – na verdade, consumidores de um serviço, o que transforma a saúde em um bem de mercado).
- A lógica tecnocrática, que tenta imprimir racionalidade ao setor da Saúde, defendendo a utilização de critérios de eficácia, eficiência, efetividade e equidade à atenção à saúde e aos serviços prestados.
- E a lógica política, que, de forma tecnocrática (atuação do Judiciário, por exemplo) ou de forma partidária (atuação de representantes dos poderes constituídos em prol de seus apadrinhados) forçam a acomodação ou a mudança das políticas públicas legalmente vigentes e também forçam a execução dessas políticas fora dos critérios e parâmetros estabelecidos.

O cenário atual mostra regulação do Estado sobre o complexo médico-industrial sobre as corporações de profissionais, os seguros e os planos de saúde. No mercado da saúde suplementar, os prestadores de serviço e as empresas que realizam intermediação financeira e os usuários são os principais agentes que atuam nesse mercado onde podem ocorrer várias falhas como a seleção adversa, a assimetria de informação e o risco moral, ou seja, a indução de comportamentos diferenciados em função da disponibilidade da oferta segurada.

A Regulação Estatal, como mediador coletivo, utiliza um conjunto de estratégias distintas para direcionar os sistemas de serviços de saúde para o cumprimento de seus objetivos e para definir as regras do jogo destes sistemas de forma a regular o movimento de vários atores.



É importante considerar que o papel do Estado tem sofrido importantes transformações com a crise dos modernos sistemas de proteção social, processo de redefinição das relações entre Estado, mercado e sociedade; delimitação do tamanho do Estado; redefinição do papel regulador do Estado; ênfase no fortalecimento da capacidade de implementar as políticas estatais e no aumento da capacidade na política de governar; além da substituição progressiva do Estado produtor por um Estado regulador da atividade econômica. A Regulação Estatal inclui todas as atividades governamentais que de alguma maneira afetam as operações da indústria privada ou a vida dos cidadãos.

Nesse sentido, a Regulação Estatal assume importância ampliada e se materializa nas agências reguladoras. Na área da Saúde foram instituídas a Agência Nacional de Saúde (ANS), que atua no mercado dos planos de saúde, e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que atua no mercado de produtos e serviços com foco na produção de saúde e redução de danos.

O setor de saúde suplementar no Brasil traduz fortemente a lógica de mercado e traz importante desafio na construção dos processos regulatórios que garantam os interesses públicos.

Um dos argumentos contra a atuação do mercado no setor saúde é a sua incapacidade de produzir equidade. O mercado não requer padrão de distribuição de renda, pelo contrário, reforça o padrão existente. O mercado exacerba as iniquidades, pela alocação de bens e serviços de acordo com a capacidade individual de pagar por eles.

*Assim, a regulação, enquanto ação social, pode ser conceituada como um conjunto de ações mediatas (intermediadas) de sujeitos sociais sobre sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção e distribuição de bens e serviços em determinado setor da economia. Abrange tanto o ato de regulamentar quanto as ações que asseguram o cumprimento das regulamentações. Não é exclusivo de o Estado envolver outros sujeitos e está inserida em contextos históricos sociais concretos, depende da experiência histórica de cada nação. O processo de construção da regulação insere-se num cenário de disputas e de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance.*

*No setor Saúde, a regulação compreende ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção e a distribuição de bens e serviços de saúde. A regulação no setor Saúde tem por finalidade contribuir para a produção das ações de saúde e, como objeto: os estabelecimentos (envolvendo estrutura física, equipamentos, profissionais etc.); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao setor Saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde.*

O maior desafio, portanto, é compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e interesses e implementar estratégias de regulação centrada no usuário, isto é, que priorize o usuário, garantindo-lhe os direitos constitucionais tratados no capítulo da saúde.

Diversos fatores justificam a necessidade de Regulação Estatal no setor Saúde:

- Corrigir/atenuar as falhas de mercado na produção e distribuição de bens e serviços de saúde.
- Resolver o problema do uso inadequado ou da introdução de novas tecnologias sem critério no sistema de saúde.
- Planejar a oferta de bens e serviços de saúde de acordo com as necessidades da população e não em função de interesses individuais ou pressões de determinados grupos.
- Garantir padrões de qualidade dos serviços prestados à população.
- Organizar um modelo de atenção à saúde que seja mais eficiente e resolutivo.

Nesse sentido, a regulação no setor Saúde é uma *ação política de garantia de direitos sobre os interesses do mercado* e constitui-se no cotidiano em uma ação complexa, que compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias. Importante considerar ainda que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção nos diferentes níveis de complexidade.

São fundamentais as políticas de regulação tanto na incorporação tecnológica quanto na formação e fixação de recursos humanos como tem sido, atualmente, implementadas no SUS.

## **POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO**

Historicamente as ações de controle e avaliação no SUS deram-se sobre:

- Execução das ações diretas de saúde – consultas, exames, terapias, internações, principalmente na atenção de média e alta complexidade, com focos na contabilidade financeira do pagamento da produção e/ou nos processos de execução das ações, portanto, também sobre prestadores de serviços, envolvendo cadastro, habilitação, autorização, controle do acesso, supervisão etc.
- Execução orçamentária e a aplicação dos recursos destinados à saúde, com focos nos recursos próprios de cada esfera de gestão e nos recursos financeiros transferidos pela União a estados, municípios e instituições no âmbito do SUS.
- Produção e comercialização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, incluindo os ambientes, os processos, os insumos e as tecnologias a eles relacionados.
- Desempenho dos sistemas de saúde em cada esfera de gestão do SUS.



- Desempenho do sistema de saúde suplementar.

De maneira genérica, a ação sobre tais “objetos” nem sempre se deu de forma articulada pelos distintos atores responsáveis. A tendência foi manter a separação, certa especialização, sobre cada objeto. O controle e a avaliação tiveram como objeto principal o controle da execução das ações diretas de saúde; a auditoria focou a execução orçamentária, a aplicação dos recursos destinados à saúde, além de verificar a regularidade dos serviços mediante o exame analítico e pericial; a vigilância sanitária fiscalizou a produção e a comercialização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; a Agência Nacional de Saúde (ANS) cabia regular o sistema de saúde suplementar. Ao mesmo tempo, existiu certa confusão de sobreposição das competências. Por exemplo, quase todos fizeram dos sistemas seu objeto: a auditoria se propunha a analisar também a execução das ações diretas de saúde; a vigilância sanitária também cadastrou e controlou estabelecimentos, objeto do controle e da avaliação; e estes também visavam à execução orçamentária; entre outras sobreposições.

As Políticas de Regulação vêm se desenvolvendo em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, para viabilizar o acesso equânime e oportuno à atenção integral e de qualidade, à universalidade e à garantia de direitos sociais. A Portaria GM/MS nº 1.559, publicada em 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação (PNR) a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. Prevê a alocação de recursos para a implantação e o custeio dos complexos reguladores de forma tripartite, e dispõe sobre o desenvolvimento de instrumentos para operacionalizar as funções reguladoras, tais como protocolos de regulação do acesso, contendo critérios de encaminhamentos, fluxos de acesso aos serviços de saúde, classificação de risco e vulnerabilidade, priorização e o desenvolvimento de programas de capacitação permanente de trabalhadores da saúde.

As ações, em seu art. 2º, estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, representadas na Figura 1:

- 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.

São ações da Regulação do Sistema de Saúde:

- Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão.
- Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde.
- Controle Social 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 são 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.

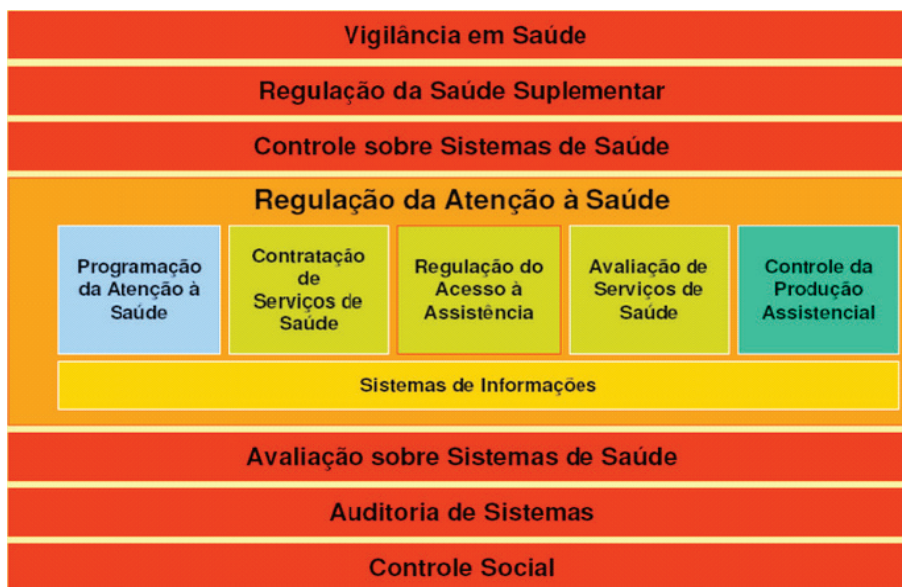
- Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).
- Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS).
- Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas do Ministério 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 – acolhimento, matriciamento e encontros técnicos, gestão das listas de acesso etc.
- Regulação do acesso às unidades especializadas – gestão das agendas etc.
- Regulação da atenção pré-hospitalar e hospitalar as urgências – determinação da vaga zero etc.
- Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados.
- Autorização dos procedimentos de alto custo/complexidade.
- Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos de regulação do acesso.
- O 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 – Regulação de Sistemas de Saúde**



Fonte: CGRA/DRA/SAS/MS, 2008.

A PNR trata do complexo regulador como estruturas que organizam a regulação do acesso por meio das centrais de regulação:

- I. – Central de Regulação Ambulatorial: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais.
- II. – Central de Regulação Hospitalar: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.
- III. – Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (Cerac) será integrada às Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Internações Hospitalares e à Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/Custo (CNRAC).

Ainda, define as competências da União, dos estados, municípios e Distrito Federal na implantação e operacionalização da regulação.

Atualmente, a Portaria GM/MS nº 1.559/2008 encontra-se em processo de revisão com a finalidade de alinhar conceitos e reformular os processos de regulação considerando os avanços alcançados em todo o território nacional até o presente momento.

O Ministério da Saúde também vem discutindo a revisão das portarias de financiamento e custeio dos complexos reguladores.

O programa de capacitação permanente de trabalhadores vem se consolidando como um importante instrumento na formação dos profissionais da saúde, por meio deste *Curso Básico de Regulação do SUS* já na 3ª edição, e com o *Curso de Especialização em Regulação em Saúde no SUS*.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 12.401, 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm)>. Acesso em: 1 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, ago. 2008. Seção 4, p. 48-49.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 122-135, jan./jun. 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Regulação**: Nota Técnica 11 de 2006. Brasília, 26 maio 2006. 11 p. (CONASS Progestores).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um status quo inaceitável. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 49/50, p. 53-54, 1996.

FLEURY, S. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GIANNOTTI, E. M. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços**: um estudo de caso do município de Guarulhos, 2013. 132 f. Tese (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MENDONÇA, C. S. et al. (Org.). **A política de regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012.

SANTOS, F. P. et al. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

VIANA, A. L. A.; SILVA, H. P. S.; SCHEFFER, M. **Economia e saúde**. [S.l.: s.n., 2009]. Manuscrito Curso Gestão FUNDAP 2009.

# Oficina 1.2

## Princípios e diretrizes do SUS

### Objetivos

- Reconhecer o SUS como um processo social em construção.
- Renovar o compromisso com os princípios e as diretrizes do SUS.

### Conteúdos

- Evolução das políticas de saúde no Brasil.
- Princípios e diretrizes do SUS.
- O processo de construção do SUS.

### Atividades

- Produção de narrativas individuais sobre regulação em saúde no SUS: O que é regulação, por que regular, para que regular e como regular.
- Em grupo, leitura do texto base, discussão e registro dos Princípios e diretrizes do SUS e os avanços a partir do Decreto nº 7.508/2011.
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

### Material de Apoio

- Filme “História das Políticas de Saúde no Brasil” – MS.
- Vídeo sobre o Decreto nº 7.508/2011.
- Política Nacional de Regulação.



## A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL



A saúde, como um bem social, está estreitamente ligada à vida econômica e política de um país. Nos 400 anos iniciais de nossa história, a maior parte da sociedade automedicou-se usando a “medicina popular”. Essa medicina foi constituída pela mistura dos conhecimentos de saúde das etnias indígenas, dos invasores portugueses, dos povos trazidos da África e dos imigrantes. As elites sempre tiveram acesso à assistência “médica científica”, realizada por clínicos e cirurgiões vindos de Portugal, da França e, após 1808, por médicos formados no Brasil.

O Estado brasileiro inaugura sua atuação em políticas públicas de saúde a partir do início do século XX, passando a atuar de forma cada vez mais marcante no setor Saúde, seja como produtor de cuidados médicos, seja na distribuição e na organização dessa prática. Desde as origens da Previdência Social Brasileira, com a Lei Eloy Chaves, de 1923, que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), o sistema de saúde configura-se em serviços próprios e contratados. A partir de 1933, nasce nova estrutura de Previdência Social, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que transporta a estrutura previdenciária da sociedade civil para o interior do aparelho do Estado.

No entanto, manteve-se ainda por muito tempo um modelo de organização do aparelho de Estado cindido: em que o Ministério da Previdência Social detinha os recursos para a assistência médica, restrita aos contribuintes previdenciários, e o Ministério da Saúde as responsabilidades pelas ações de promoção e prevenção, de forte caráter campanhista, organizadas de forma estanque em diferentes programas, operacionalizadas de maneira verticalizada, imprimindo valores que até os dias atuais se refletem nas estruturas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

O acesso aos serviços médicos assistenciais, oferecidos pela Previdência Social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), era restrito aos contribuintes previdenciários. Cabendo aos estados e aos poucos municípios que detinham estrutura assistencial, prestarem atendimentos à população não previdenciária, em condições extremamente desfavoráveis se comparadas ao financiamento da previdência social.

O Ministério da Saúde realizava algumas atividades de assistência médica em poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose, dirigidas à população indigente não inserida no mercado de trabalho, que contava também com as Santas Casas de Misericórdia e os hospitais universitários. Cabia aos estados e a poucos municípios, que detinham estrutura assistencial, prestarem atendimentos à população não previdenciária, em condições extremamente desfavoráveis se comparadas ao financiamento da Previdência Social.

Na década de 60, o sistema previdenciário mostrava-se incapaz de responder à crescente pressão da massa assalariada urbana pela ampliação e melhoria dos serviços. Entretanto, em todos os países elevavam-se extraordinariamente os custos de assistência à saúde, em consequência das próprias transformações científicas e tecnológicas da prática médica, com maior utilização de medicamentos, serviços para o diagnóstico e de equipamentos médicos, tendo o hospital como centro da prestação de serviços de saúde. A crise financeira do sistema previdenciário justificou a unificação dos IAPs, transformando-os em 1966 no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O crescente papel do Estado como regulador da sociedade, o privilegiamento do setor privado e a extensão da cobertura previdenciária marcaram esse período.

As décadas de 70 e 80 caracterizaram-se pelo seguinte quadro: multiplicidade de instituições prestadoras de serviços; profunda dicotomia entre atividades preventivas e curativas; irracionalidade na estrutura de gastos; privilegiamento da assistência privada; dissociação entre as atividades do aparelho formador e as necessidades dos serviços, assim como entre educação e saúde; ausência de controle social sobre as despesas das instituições; acentuado clientelismo nas relações de governo; e desigualdades de tratamento entre as diferentes esferas de governo.

O modelo médico-assistencial hospitalocêntrico foi historicamente preponderante no Brasil. Fortalecido pelo arcaico conceito de saúde como ausência de doença e pelos ganhos de capital de interesse do complexo médico-tecnológico e daqueles meramente mercantilistas. Esse modelo tornou-se, evidentemente, incapaz de articular a interface da saúde com os fatores que influem na qualidade de vida das pessoas e das comunidades.

Em 1977, a persistência da crise promove um movimento burocrático administrativo que tenta reordenar o sistema, dividindo as atribuições da Previdência em órgãos especializados. Cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) congregando o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).



Em 1983, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que previam o financiamento dos serviços públicos de saúde e a integração institucional, em que o Inamps passou a comprar serviços da rede estadual e municipal, mediante faturamento. As AIS criaram os instrumentos de gestão colegiados e as comissões interinstitucionais, com o papel de coordenação do sistema. A incorporação da assistência médica levou à nova concepção de assistência pública de saúde, preconizando o que deveria acontecer a partir de 1987 com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em 1988, o setor Saúde vivenciou um momento singular na sua história. A Assembleia Nacional Constituinte criou o Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos preceitos indicativos do movimento da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo reproduzido nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais. A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, promulgada em 1990, definiu as atribuições e competências de cada nível de governo. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a legislação infraconstitucional estabeleceram concepção ampliada de direito à saúde, afirmando-o como direito humano fundamental.

Com a promulgação da Constituição de 1988, iniciou-se a implantação do SUS e aprofundou-se a reforma organizacional do setor Saúde. O Inamps foi extinto em 1993 e suas responsabilidades foram absorvidas pelo Ministério da Saúde. Foram estabelecidas as instâncias de controle social, assim como as de pactuação entre gestores. Desde então, têm se processado ininterruptamente a descentralização de ações e serviços a estados e municípios, a ordenação da pactuação da gestão pelas diferentes Normas Operacionais do SUS, a conquista da modalidade de transferência de recursos fundo a fundo, o estabelecimento dos planos de saúde para as três esferas de governo, a definição do financiamento estável e fontes definidas com as Emendas Constitucionais – EC nº 29/2000 e EC nº 86/2015, o estabelecimento de quais despesas devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e as que não se enquadram nesse conceito, com a Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e muitas outras conquistas que têm marcado o processo ao longo desses anos.

O texto constitucional e a conseqüente construção do SUS compatível com um modelo de Estado responsável pelo bem-estar social da população e coerente com o reconhecimento da saúde como direito social, colocou para toda a sociedade este imenso desafio: construir um novo sistema, transformando o modelo de atenção à saúde individual e coletiva, tornando-o dinâmico e apto a atender às diferentes e diversificadas demandas da população brasileira.

A Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS) com os seguintes objetivos: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde destinada a promover, nos campos

econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação e assistir as pessoas por intermédio das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 regulamenta os princípios do SUS, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano. A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). O conceito ampliado de saúde elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde define que “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.

Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida. O conceito de cidadania que a Constituição assegura deve ser traduzido nas condições de vida e da participação social da população. Essas condições que são historicamente determinadas devem, por sua vez, considerar as desigualdades, a diversidade étnico-racial e cultural presente na sociedade.

O Sistema Único de Saúde é uma conquista. É fruto da luta por um sistema de saúde que atenda a toda a população, sem algum tipo de discriminação. Hoje, o SUS é a maior política de inclusão social existente no País. Os princípios legais de nosso país, no tocante à saúde são extremamente progressistas. O eixo destes princípios se encontra na indissociabilidade entre a saúde dos indivíduos e das populações e na inserção da saúde na organização da sociedade. A implementação plena de tais princípios constitucionais e legais propiciará um sistema de saúde fundamentado nos conceitos mais avançados da promoção da saúde.

Conquista da sociedade brasileira organizada no Movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 reconhece o direito à saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e a participação da população como os princípios e as diretrizes legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

## PRINCÍPIOS ÉTICOS OU FINALÍSTICOS

- **UNIVERSALIDADE:** o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.
- **INTEGRALIDADE:** garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comu-

- nidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.
- **IGUALDADE/EQUIDADE:** igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um. O que determina o tipo de atendimento é a complexidade da necessidade de cada usuário. É a forma de corrigir injustiças sociais. Do ponto de vista semântico e etimológico a palavra *equidade* está próxima da igualdade podendo ser considerada como sinônimo. Ambas são consideradas contrapontos para as desigualdades socioeconômicas e de saúde (Pinheiro et al. 2005). No caso da saúde, haveria que distinguir inicialmente as necessidades de saúde e as necessidades de serviços de saúde, o que remeteria para a separação, com fins analíticos, entre desigualdades nas condições de vida e saúde, de um lado, e desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde, de outro (ALMEIDA, 2002).

## PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS OU DIRETRIZES

- **HIERARQUIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO:** os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, do mais simples para o mais complexo, dispostos numa área geográfica delimitada – base territorial – e com uma população definida – base populacional. Constitui-se numa estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de saúde, por meio da organização funcional do sistema, com definição das responsabilidades de cada município e dos fluxos de referência, para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional. Além dos aspectos relativos ao acesso, à eficiência e à efetividade, a regionalização fortalece o processo de descentralização, promovendo relações mais cooperativas e solidárias entre os gestores do SUS e qualificando a capacidade de gestão dos sistemas municipais de saúde.
- **DESCENTRALIZAÇÃO:** é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os estados, Distrito Federal e municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas a cada ente, inclusive à União.
- **PARTICIPAÇÃO SOCIAL:** É uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, nas formulações e na fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil.

O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado.

## O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

Após as leis orgânicas da saúde, foram implantadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) que vieram normalizar o processo de descentralização e organização do SUS (ver Quadro 1). A NOB 91 ainda manteve a gestão muito centralizada e colocava os municípios na condição de gerentes. Com a NOB 93 iniciou-se o processo de municipalização e a habilitação dos municípios em três tipos de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Esta classificação estava associada à capacidade de gestão, assim os municípios com classificação incipiente tinham pouca infraestrutura e faziam o básico: vacinas e alguns controles, dependendo da ação do Estado para as outras necessidades. Os municípios com habilitação parcial, já possuíam pequena infraestrutura e aumentavam suas responsabilidades. Os municípios em gestão semiplena passaram à condição de gestores do sistema de saúde municipal, recebendo os recursos federais por meio de transferências regulares e automáticas, no Fundo Municipal de Saúde. Nesse período, foram constituídas as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), em âmbito estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em âmbito federal, como instâncias colegiadas de decisão.

Com a NOB 96 os municípios passaram a ter duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. O impacto dessa norma para o SUS foi significativo à medida que implantou o Piso de Atenção Básica (PAB), que passou a financiar a atenção básica com pagamentos *per capita* e não mais por procedimentos realizados. Essa norma propôs a realização de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI) que tinha a finalidade de definir e quantificar as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS, em especial as NOB 93 e 96, promoveu integração de ações entre as três esferas de governo e desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do SUS, antes concentrados no governo federal.

Num primeiro momento a prioridade foi à descentralização da gestão do sistema, que apresentou dificuldades para sua consolidação. Nesse contexto, foi elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas 2001) que, com base nos pressupostos da NOB 96, preconizava as estratégias para a regulamentação da assistência. Esta norma propôs uma forma de regionalização, organizando os municípios em módulos e microrregiões de saúde, cada qual ofertando serviços com determinado nível de complexidade, de maneira a facilitar o acesso. Propôs

também a ampliação do financiamento *per capita* para algumas ações de média complexidade e a ampliação do elenco de ações básicas em saúde.

A Noas/2001 estava apoiada em três eixos:

- Regionalização como estratégia de hierarquização de serviços e busca de maior equidade.
- Estratégias de fortalecimento da gestão: Programação Pactuada e Integrada (PPI), elaboração de termo de compromisso para garantia de acesso, ações de controle, avaliação e regulação da assistência, comando único sobre os prestadores de serviços de saúde.
- Novas formas e critérios de habilitação – Gestão Plena do Sistema e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada.

O fato de ser uma norma apenas voltada para a assistência, sem articulação com a vigilância em saúde, de propor uma regionalização com critérios muito rígidos e da insuficiência de recursos para financiar a média complexidade, por meio de um valor *per capita*, foram fatores importantes para a dificuldade na sua implantação.

A Portaria GM/MS nº 2.023, de 23 de setembro de 2004, extinguiu a condição de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e definiu que todo município seria responsável pela gestão do Sistema Municipal de Saúde na organização e na execução das ações de atenção básica.

O Quadro 1, a seguir, apresenta um resumo das Normas Operacionais do SUS.

### Quadro 1 – Resumo das Normas Operacionais do SUS

<p><b>NOB-SUS 01/91</b> Resolução nº 258/1991/ Inamps</p>	<p>Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), para o financiamento das atividades ambulatoriais; definiu que o quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a cada unidade executora, será proporcional à população cabendo às secretarias estaduais de saúde a distribuição entre municípios e prestadores; definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do Inamps; recursos para o financiamento de Programas Especiais em Saúde; recursos para investimentos no setor Saúde.</p>
<p><b>NOB-SUS 01/92</b> Portaria nº 234/1992/MS</p>	<p>Enfatizou a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde; normalizou o Fundo Nacional de Saúde (FNS); descentralizou o planejamento e a distribuição das AIHs pelas secretarias estaduais de saúde.</p>
<p><b>NOB-SUS 01/93</b> Portaria nº 545/1993/MS</p>	<p>Lançou o documento denominado “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde – a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei”; deu maior ênfase à municipalização da saúde; criou a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente; criou os níveis de gestão Incipiente, Parcial e Semiplena.</p>

Continua

## Conclusão

<b>NOB-SUS</b> <b>01/96</b> <b>Portaria nº</b> <b>1.742/1996/MS</b>	Instituiu a Gestão Plena do Sistema Municipal com responsabilidade dos municípios pela saúde, passando a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão; os estados passam a ser meros mediadores; a União normaliza e financia e o município gere e executa; instituiu o Piso da Atenção Básica (PAB); instituiu a Programação Pactuada e Integrada (PPI).
<b>Noas-SUS</b> <b>01/01 Portaria nº</b> <b>95/2001/MS</b>	Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde.
<b>Noas-SUS</b> <b>01/02</b> <b>Portaria nº</b> <b>373/2002/MS</b>	Os estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual; ênfase na municipalização (atomização) dá lugar à ênfase na regionalização (otimização).

Fonte: MS/DRAC/CGRA, 2006.

Transcorridas duas décadas da institucionalização do SUS, sua implementação evoluiu muito, especialmente em relação aos processos de descentralização das ações e dos serviços de saúde, aumentando os desafios da gestão. Para superar esta fragmentação o Pacto pela Saúde incentivou a formação das redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços de saúde e a qualificação da gestão.

Em 2006 o Ministério da Saúde, com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), firmou o Pacto pela Saúde que configurou um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS, que contemplam diretrizes pactuadas pela União, Distrito Federal, estados e municípios, regulamentadas pelas Portarias GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 699, de 30 de março de 2006.

**PACTO PELA VIDA:** estabeleceu uma agenda de compromissos sanitários, objetivos, indicadores e metas a serem pactuados pela União, estados, Distrito Federal e municípios, respeitando suas especificidades sanitárias. Os gestores deviam definir as ações necessárias para a implementação dessas prioridades e o alcance das metas propostas. Ficaram mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, os objetivos, as metas e os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, que são:

- Atenção à saúde do idoso.
- Controle do câncer de colo de útero e de mama.
- Redução da mortalidade infantil e materna.
- Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endêmicas, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, *influenza*, hepatite, aids.





- Promoção da saúde.
- Fortalecimento da atenção básica.
- Saúde do trabalhador.
- Saúde mental.
- Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.
- Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.
- Saúde do homem.

**PACTO EM DEFESA DO SUS:** expressou compromissos entre os gestores como a consolidação da Reforma Sanitária e articulações que visavam qualificar e assegurar o SUS como política pública, tendo como prioridades a mobilização social, direitos dos usuários do SUS e ampliação do diálogo com a sociedade. Definiu como ações prioritárias:

- Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania e saúde como direito.
- Estabelecimento de diálogo com a sociedade.
- Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais.
- Publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.
- Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional.
- Aprovação do Orçamento do SUS.

**PACTO DE GESTÃO DO SUS:** estabeleceu responsabilidades sanitárias e diretrizes para a gestão do SUS, expressas em Termos de Compromisso de Gestão (TCG), tendo como prioridades:

- Descentralização.
- Regionalização.
- Financiamento.
- Planejamento.
- Programação.
- Regulação.
- Participação e controle social.
- Gestão do trabalho e educação na saúde.

O monitoramento e a avaliação do Pacto foram práticas permanentes da gestão, utilizando os indicadores pactuados integrantes dos Termos de Compromisso de Gestão (TCG). O Pacto de Gestão do SUS expressava a manifestação dos compromissos de gestão dos estados e municípios, de acordo com suas possibilidades. Assim, a adesão ao processo de gestão descentralizada e solidária, preconizadas anteriormente pelas Normas Operacionais, veio em substituição ao processo de habilitação dos tipos de gestão.

O Pacto pela Saúde, nas suas três dimensões, possibilitou a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão para alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefinir responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

**O Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011,** é um decreto normativo do Sistema Único de Saúde (SUS). Veio pela necessidade de aprimoramento de processos de governança do SUS após 21 anos da publicação da Lei nº 8.080/1990 – Lei Orgânica da Saúde.

Os principais desafios apontados são: constituir o modelo de governança, aprimorar instrumentos de planejamento ascendente, definir mecanismos para a alocação regional de recursos, adequar a oferta de serviços e medicamentos conforme demanda da população local e integrar as políticas dos distintos entes federados. Destaca-se o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap) que é o principal produto gerado com a implantação dos dispositivos previstos no Decreto, que tem como um dos objetivos organizar os fluxos e a oferta de serviços de saúde em uma região. Unifica os antigos termos de compromisso e os indicadores do pacto, nas suas três dimensões, em um instrumento único, que estabelece o rol de serviços prestados, o conjunto de resultados esperados, as regras de monitoramento, a instância de governança e ainda atrela este conjunto de fatores a um sistema de incentivo – “pagamento por performance”.

Dentre as disposições do Decreto nº 7.508/2011 destacamos as relacionadas a seguir:

**REGIÃO DE SAÚDE:** espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. A Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: I – atenção primária; II – urgência e emergência; III – atenção psicossocial; IV – atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e V – vigilância em saúde.

**CONTRATO ORGANIZATIVO DA AÇÃO PÚBLICA DA SAÚDE (COAP):** contrato de colaboração, firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde.

**PORTAS DE ENTRADA:** serviços de atendimento inicial à saúde do usuário do SUS. O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde inicia-se pela porta de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto.

**COMISSÕES INTERGESTORES:** instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.

**MAPA DA SAÚDE:** descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema.

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE:** conjunto de ações e de serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

**SERVIÇOS ESPECIAIS DE ACESSO ABERTO:** serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial.

**PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ TERAPÊUTICA:** documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

O Decreto define, ainda, que todo serviço público deve ter um Planejamento e este, conforme a Lei nº 8.080/1990 deve ser realizado de forma ascendente e integrado, ou seja, do nível local até as demais esferas de governo; devem-se compatibilizar as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros e o mapa da saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

O Decreto traz, também, como novidade, a **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases)**, que compreende todas as ações e os serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde; e a **Relação Nacional de Medicamentos (Rename)**, além dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, em âmbito nacional. A **Rename** compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

O Decreto nº 7.508 indica que as Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e dos serviços de saúde integrados em Redes de Atenção à Saúde, sendo a CIT, Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde, para efeitos administrativos e operacionais; a CIB, Comissão Intergestores Bipartite, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, para efeitos administrativos e operacionais; e a CIR, Comissão Intergestores Regional, no âmbito regional, também vinculada à Secretaria Estadual de Saúde, para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Legisla, ainda, sobre a representação dos gestores públicos de saúde pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

*O decreto foca a atenção primária como ordenadora do sistema e a organização das redes de atenção nas regiões de saúde, garantindo uma dimensão regional ao SUS, conforme prevê a Constituição.*

## Quadro 2 – Quadro da Evolução das Políticas de Saúde apresentando os marcos legais e referenciais da construção do SUS

1953 – Criação do MINISTÉRIO DA SAÚDE	1993 – Lei 8.689 - Extingue o INAMPS e cria o SNA (Sistema Nacional de Auditoria)
1963 – 3ª Conferência Nacional de Saúde	1994 – Dec. 1.232/94 – Transferência de Recursos Fundo a Fundo
1974 – PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento)	1995 – Dec. 1.651/95 – Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria – SNA
1978 – Conferência de Alma-Ata (Prioriza a Atenção Básica)	1996 – NOB-SUS/96
1980 – CONASP (Conselho Nacional de Saúde e Previdência)	1998 – Transferência Per-Capita (PAB – Piso da Atenção Básica)
1982 – AIS (Ações Integradas de Saúde)	2000 – EC 29/2000 (Emenda Constitucional/29)
1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde	2000 – NOAS –SUS/01
1987 – SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde)	2002 – NOAS-SUS/02
1987 – INAMPS – Atendimento Universal (Port. Hésio Cordeiro)	2003 – Resolução nº. 322 do Conselho Nacional de Saúde – diretrizes operacionais para EC/29
1988 – CONASEMS (Oficialização da Representação Nacional dos Secretários Municipais de Saúde)	2005 – Port. GM/MS 2.023 – Altera a NOAS e extingue a habilitação em GPAB – Regulamentação da EC29
1988 – Constituição Federal – SUS	2006 – PACTO PELA SAÚDE
1990 – LOS (Leis Orgânicas da Saúde – Lei 8.080/8.142)	2011 – Decreto Presidencial nº. 7508/2011 – Regulamenta Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080/90
1991 – NOB-SUS/91 (Norma Operacional Básica do SUS)	2012 – Lei nº. 141/2012
1992 – CIT/CIB (Instâncias Privilegiadas de Pactuações Operacionais)	2013 – Portaria 2.135/2013 – Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS
1993 – NOB-SUS/93	2015 – EC 86/2015 (Emenda Constitucional nº 86)



## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **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, 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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 Inter-federativa, e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS: NOB SUS 1996**. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência À Saúde / SUS: NOAS-SUS 01/02. In: \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2002. Seção 1, p. 52.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 14 jun. 2007.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 3. ed. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 2002.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S.M.F. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil.** Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Abrasco, 1985. 357 p.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, 2005.



# Oficina 1.3 – Gestão do SUS

## Objetivo

- Propiciar a reflexão da importância do financiamento, do planejamento, da programação, da ouvidoria e da participação social para a Gestão no SUS.

## Conteúdos

- Planejamento no SUS.
- Instrumentos de Gestão do SUS.
- Financiamento da Saúde.
- Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).
- Ouvidoria do SUS.
- Participação social.

## Atividades

- Em grupo, leitura do texto base e discussão do caso **“O Município de Recaminho”**.
- Reflexão e registro dos principais problemas identificados na gestão do município de Recaminho indicando estratégias de intervenção para melhoria.
- Registro e apresentação dos pontos relevantes do texto.
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

## “O MUNICÍPIO DE RECAMINHO”



O município de Recaminho é um município de 120 mil habitantes e 75% deste são SUS dependente. Atualmente, o município aplica 33% de sua receita em saúde. Faz parte de uma Região de Saúde com outros nove municípios de pequeno e médio porte, possui referências assistenciais, sendo Beira Rio a sua principal referência em saúde. O município tem 53% de cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) – com 15 equipes – possui quatro UBS, além de Caps, Ambulatório de Especialidades, Centro de Reabilitação, UPA e um Hospital Filantrópico. A principal causa de morte está relacionada a problemas circulatórios. O município não tem conseguido atingir a meta para diminuir a proporção de óbitos por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e apresenta alta taxa de Internação por Causas Sensíveis à Atenção Básica. Possui alta demanda para as especialidades de Cardiologia, Ortopedia e Oftalmologia. Recentemente, o gestor contratou mais cinco cardiologistas para o ambulatório de especialidades. Todavia, após um mês de trabalho, a fila de espera para Cardiologia não havia diminuído. Existem problemas no acesso às cirurgias eletivas, na referência para parto, no credenciamento das suas UTIs e na distribuição de medicamentos. Estas situações fazem com que o município seja frequentemente judicializado, comprometendo o orçamento municipal e a equidade na assistência.

O município possui Plano Municipal de Saúde (PMS) para quatro anos, realizado no segundo ano da atual gestão, conforme a legislação. Porém, o PMS não se articula com os programas, ações e metas estabelecidas no Plano Plurianual (PPA). Não realizou a Programação Anual de Saúde (PAS) do corrente ano e o Relatório Anual de Gestão (RAG), do ano anterior, apresentou não cumprimento de metas, que vem sendo discutido pelos conselheiros. A prestação de contas do terceiro quadrimestre do ano anterior não foi aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde.





Os usuários estão descontentes com esta situação. A população, muitas vezes, não sabe a quem recorrer. Não há um canal de comunicação entre a gestão e os usuários, e o gestor ainda não autorizou a constituição da Ouvidoria, o qual é uma demanda do Conselho Municipal de Saúde. Na última Conferência Municipal de Saúde ocorreu maior mobilização de usuários pressionando o gestor. O Conselho Municipal de Saúde mantém reuniões mensais, porém em seu regimento não está previsto eleição do seu presidente, sendo que quem ocupa este cargo invariavelmente é o secretário de Saúde.

O prefeito defende-se dizendo que não tem mais recursos e cobra do secretário de Saúde uma solução, que é destaque diariamente nos noticiários pela má condução da pasta,

## PLANEJAMENTO NO SUS



*“Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para ir embora daqui? Depende bastante para onde você quer ir, respondeu o gato. Não me importa muito para onde, disse Alice. Então não importa que caminho tome, disse o gato. Contanto que eu chegue a algum lugar, Alice acrescentou. Oh, isso você certamente vai conseguir, afirmou o gato, desde que ande bastante”*

“Alice no País das Maravilhas”. Lewis Carol.

Desde a criação do SUS, os gestores têm despendido esforços para a discussão do planejamento, enquanto componente fundamental da gestão, e feito tentativas para institucionalizá-lo. Entretanto, mesmo com os avanços permanecem desafios importantes para a institucionalização do planejamento no SUS.

Conforme determina a Lei n° 8.080/1990, a elaboração do Plano Nacional de Saúde deve se dar a partir da observação das necessidades locais. Encontra-se aí o postulado de integração entre os planos de saúde elaborados por municípios e estados para subsidiar a elaboração do instrumento na etapa nacional. Estados e a União precisam considerar os objetivos e metas definidos pelos municípios para, a partir desta leitura local, fomentar as iniciativas, além de definir outras, de acordo com a sua visão sobre a realidade.

Para efeito de entendimento das funções no Sistema Único de Saúde (SUS), gestão pode ser conceituada como a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

No ambiente interorganizacional, um dos grandes desafios que se apresentam é o da articulação entre os entes federados para que o planejamento em saúde de fato torne-se efetivo.

Outro aspecto que contribui para a menor efetividade das políticas é a desconexão entre as programações de saúde e o orçamento em cada ente federado. Invariavelmente, o orçamento é elaborado sem considerar as ações definidas para

o exercício financeiro. É preciso assumir que, embora a dificuldade de articulação do planejamento entre os entes federados exista, é imprescindível para a consolidação do SUS a articulação do planejamento entre as instâncias de gestão, uma vez que o sistema consiste de uma rede única, regionalizada e hierarquizada.

O SUS é herdeiro de práticas institucionais marcadas pela compra de serviços da iniciativa privada, orientada pelo interesse e pelo perfil da oferta deles. Uma reversão desse quadro implicaria redirecionar o sistema para as “reais necessidades de saúde da população”. Uma variante do apelo às necessidades de saúde indica a epidemiologia como o campo teórico-metodológico do qual emanariam recomendações sólidas, embasadas em evidências científicas, o que também não a isenta de pretensa neutralidade e objetividade científicas.

Na prática institucional, essas proposições quase nunca se moldam em alternativas concretas, restringindo-se, na maior parte das vezes, à realização de coletâneas de dados e informações demográficas e epidemiológicas que são reunidas nos primeiros capítulos dos planos estaduais e municipais, sem a necessária correspondência ou ligação clara com as suas proposições. Reproduz-se, assim, a prática dos “diagnósticos de saúde” tão típicos dos modelos de “planejamento normativo”. No campo da programação, especificamente, prevalecem os enfoques centrados na otimização da oferta ou na estimativa de demanda com base em parâmetros pouco consistentes, em geral construídos a partir de pequenos ajustes nas séries históricas de produção de serviços realizada em períodos recentes.

É usual a distinção dos enfoques metodológicos em planejamento/programação em duas vertentes: a partir da oferta/demanda e a partir das necessidades de saúde. No primeiro caso, a programação a partir da oferta/demanda centra-se na otimização das estruturas existentes, buscando a sua racionalização e maximização, aplicando-se parâmetros de rendimento (produtividade) tanto dos recursos físicos quanto humanos envolvidos, estimando-se então, a partir de normas técnicas, as coberturas e concentrações esperadas para os serviços. Uma programação puramente a partir da demanda poderia ser formalmente isolada, realizada com a aplicação de uma taxa de demanda estimada sobre a população em causa e, a partir de normas técnicas, previstos os recursos necessários. No caso da programação por necessidades, aplicar-se-iam normas e consensos técnicos (aproximações às necessidades) quanto aos parâmetros de cobertura, à concentração e ao rendimento dos profissionais (RIVERA, 1989, p. 215).

As “necessidades em saúde” são aqui consideradas como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização, legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes na sua definição e

implementação. As aproximações às ditas necessidades só podem ser intentadas se adotadas várias abordagens e enfoques que integram diversas dimensões, sempre de caráter precário e fruto de consensos sociais (entre epidemiólogos, planejadores, gestores e, não por último, de representantes das sociedades científicas e da sociedade civil).

Tornou-se clara a necessidade de planejar de forma descentralizada e articulada entre as três esferas de governo. A lei estabeleceu a lógica de ascendência do planejamento e orçamento no SUS para a elaboração dos planos de saúde (do âmbito local até o federal), os quais deveriam ser utilizados para a formulação das programações de saúde que, por sua vez, deveriam estar contempladas nas respectivas propostas orçamentárias.

## **INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS**

Em 1993 foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB-SUS 1993) com o objetivo de normalizar o processo de descentralização político-administrativa, estabelecendo parâmetros para sua garantia, responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços. A NOB-SUS 1993 estabeleceu novo modelo de pactuação federativa e, neste modelo, consolidou-se o papel dos conselhos de saúde, especialmente pela definição de que, para que um município recebesse os recursos financeiros por meio de transferências, seria necessário comprovar a existência do respectivo conselho e de seu funcionamento.

A partir da necessidade de formulação de ajustes nos parâmetros de operação do sistema, em 1996, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 1/96) instituiu novo elemento que se integrava ao processo de planejamento da saúde – a Programação Pactuada e Integrada (PPI). A PPI envolvia atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e epidemiológica, constituindo o instrumento proposto para reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação de recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Os municípios passaram a elaborá-la para depois da aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, submeterem-na aos respectivos estados, que por sua vez fariam a harmonização entre as PPI pela incorporação de suas responsabilidades diretas, mediante negociações na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Em 2001, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas 01/2001), que basicamente ampliava o papel dos municípios na atenção básica à saúde e definia o processo de regionalização da assistência. Estabelece o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, de acordo

com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de cuidado. Os estados passam a assumir responsabilidade maior na gestão do SUS, na medida em que passou a ser de sua competência a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde. Além disso, a submissão deste à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e seu envio ao Ministério da Saúde. A Noas 01/2001 foi aperfeiçoada em alguns aspectos e substituída pela Noas 01/2002. Por essa norma operacional, o PDR constitui instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; de conformação de redes hierarquizadas de serviços; de estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. A partir do PDR, elaboram-se as PPIs anuais.

Com a implementação do Pacto pela Saúde, com redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e da busca da equidade social, o Ministério da Saúde revisou todos os instrumentos de gestão do SUS e criou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), por meio da Portaria GM/MS nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006.

Em 2013, com a publicação da Portaria nº GM/MS nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, o Ministério da Saúde, estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS considerando, principalmente, o Decreto nº 7.508/2011 e a LC nº 141/2012, revogando as disposições anteriores.

Estabelece como pressupostos que o planejamento deve se basear na necessidade da população. Tem seu escopo estabelecido na dimensão das necessidades de serviços de saúde com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, de forma a permitir aproximações à demanda esperada, superando a lógica dominante da programação baseada em série histórica.

O Plano de Saúde configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e deve atender todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade dessa atenção observando os prazos do Plano Plurianual (PPA) do Executivo, conforme definido nas leis orgânicas dos entes federados, e será orientado pelas necessidades de saúde da população. O Plano de Saúde deve considerar as diretrizes definidas pelos Conselhos, Conferências de Saúde e deve ser submetido à apreciação do respectivo Conselho de Saúde e disponibilizado em meio eletrônico no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SargSUS), conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 575, de 29 de março 2012.

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem como objetivo analisar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a

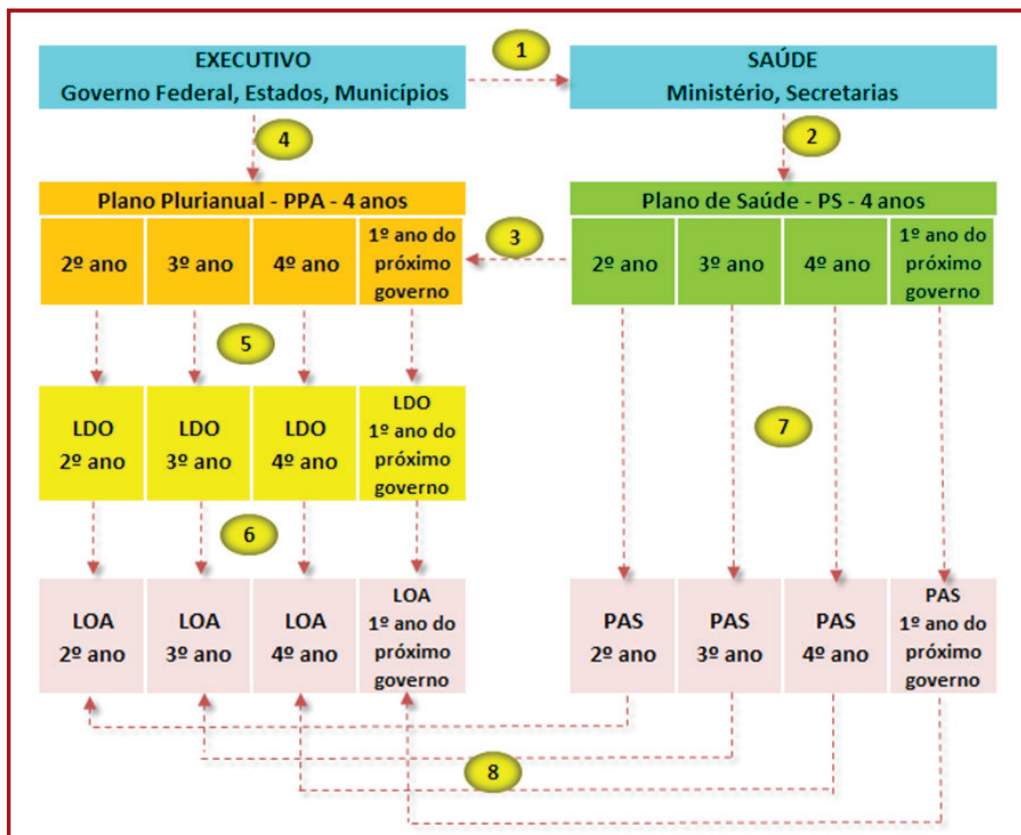
serem executados. O seu prazo de vigência coincidirá com o ano calendário. A elaboração do PAS e envio para aprovação pelo respectivo Conselho de Saúde deverá ser antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO), do exercício correspondente e execução no ano subsequente.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento de gestão com elaboração anual que, permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

O Planejamento Regional ficará a cargo do estado com base nas necessidades expressas nos Planos Municipais de Saúde e será pactuado e monitorado pela CIR. Expressará a identificação da situação de saúde no território e as necessidades de saúde da população da região de saúde, as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais da região de saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados, a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) compondo o Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde (Coap).

Um dos grandes desafios para o planejamento eficiente no SUS é o enfrentamento da desarticulação entre os instrumentos de gestão do sistema e os instrumentos de planejamento e orçamento público. Como geralmente são elaborados de forma independente, ocorrem deficiências no financiamento das ações planejadas. Em virtude disso, considerando que os instrumentos de planejamento e orçamento, tais como o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) existem como leis de iniciativa do Poder Executivo e já tiveram seus prazos de elaboração definidos no âmbito federal, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Constituição Federal), é importante estabelecer um fluxo a vinculação entre todos eles. A Figura 1 mostra a relação entre os instrumentos de gestão do SUS e os de planejamento e orçamento da gestão pública.

**Figura 1 – Interligação necessária entre os instrumentos de planejamento e orçamento da gestão pública e instrumentos de gestão do SUS**



Fonte: Adaptado de Vieira (2009, p. 1574).

Legenda: a) LDO = Lei de Diretrizes Orçamentárias; b) LOA = Lei Orçamentária Anual; c) PAS = Programação Anual de Saúde.

A etapa 1 corresponde ao momento em que as diretrizes do governo são formuladas para orientar as atividades dos órgãos da administração pública, na formulação do Plano Plurianual (etapa 4). Considerando essas orientações, a área da Saúde (ministério ou secretarias estadual ou municipal) elabora o Plano de Saúde (etapa 2). Por sua vez, este plano deve subsidiar a formulação do PPA, o qual deve estabelecer as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e, para as relativas aos programas de duração continuada (etapa 3).

Para cada ano de vigência do PPA elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), com o objetivo de estabelecer as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para as despesas de capital para um exercício financeiro, ou seja, um ano (etapa 5), e a LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do ano

correspondente, englobando toda a programação de gastos da administração pública, direta e indireta e os investimentos das empresas estatais (etapa 6). Voltando à perspectiva do setor Saúde, o Plano de Saúde (PS) desdobra-se em Programações Anuais de Saúde (PAS) para cada ano de sua vigência, com o propósito de que sejam detalhados, para cada exercício financeiro, os objetivos, as metas, as ações e, especialmente, os recursos necessários para realização das ações (etapa 7). Nesse sentido, as Programações Anuais de Saúde (PAS) devem orientar a formulação das LOA, para que haja vinculação entre ações e recursos necessários programados e o orçamento aprovado, portanto, garantido, para sua execução (etapa 8).

O funcionamento adequado desse fluxo é condição importante para a garantia de financiamento adequado para a realização das ações de saúde em tempo oportuno.

Assim, de forma sintética, a GESTÃO orçamentária-financeira do SUS integra os três instrumentos do processo orçamentário PPA, LDO e LOA, relacionando de forma articulada as funções de planejamento, orçamento, execução orçamentária, acompanhamento, controle público e avaliação dos recursos aplicados em saúde/SUS.

**Figura 2 – Funções Integradas da Gestão Orçamentária-Financeira**



Fonte: Mendes (2013).





A **Figura 2** mostra as funções integradas dessa gestão orçamentária-financeira, indicando a existência de um fluxo permanente do planejamento até a avaliação, produzindo o resultado em saúde esperado.

- PPA – Plano Plurianual (a cada quatro anos)
- PS – Plano de Saúde (a cada quatro anos)
- PAS – Programação Anual de Saúde (a cada ano)
- LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias (a cada ano)
- LOA – Lei Orçamentária Anual (a cada ano)
- RAG – Relatório Anual de Gestão (a cada ano)
- SargSUS – Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão do SUS
- Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

## O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

Na Constituição Federal de 1988, a saúde é garantida como um dos direitos sociais (art. 6º), fazendo parte da Seguridade Social que “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art. 194). Definiu também que o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

O artigo 196 define o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos. Com a universalização da saúde, a responsabilidade do Estado brasileiro para garantir o direito a todos os cidadãos implica diretamente a necessidade de ampliar substancialmente a alocação de recursos financeiros, o que leva o legislador a ter de prever fonte de receita para a área da Saúde.

Várias tentativas de vinculação de recursos para a saúde vêm acontecendo, mas somente em 2000, após intensas negociações, foi aprovada e promulgada a Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29), de 13 de setembro de 2000, que determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

A EC nº 29 garantiu o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo, estabelecendo base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios. Foi regulamentada em 2012, com a aprovação da Lei Complementar nº 141. A lei sancionou o comprometimento dos estados e dos

municípios sem alteração da base de cálculo da União, conforme definidos na EC nº 29 e definiu quais as despesas que devem ser consideradas como ações e serviços de saúde e as que não se enquadram nesse conceito (artigos 2º a 4º).

A base de aplicação definida pela EC nº 29 para a União – o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação do PIB nominal – foi modificada com a criação da Emenda Constitucional nº 86/2015. Nela ficou definida nova forma de aplicação do governo federal na saúde, tendo como base de cálculo a Receita Corrente Líquida (RCL), inclusive sendo executada de forma escalonada em cinco anos, isto é, 13,2% dessa RCL, para o primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação dessa EC (2016), até alcançar 15% dela, no quinto exercício financeiro, respectivamente.

Os estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do *caput* do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Os municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do *caput* e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

A Lei Complementar nº 141/2012 determina que seja considerada como despesas, nas ações e nos serviços de saúde, aquelas relacionadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam simultaneamente aos princípios do art. 7º da Lei nº 8.080/1990 e às seguintes diretrizes: *sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; e sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.*

Para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde, conforme artigo 3º:

- I. Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II. Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III. Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade, promovidos por instituições do SUS;
- V. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços

de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

- VI. Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII. Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX. Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reformas, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de;
- X. Remuneração de pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI. Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e.
- XII. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2012).

Não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à: pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde; pessoal ativo da área de Saúde quando em atividade alheia à referida área; assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada); merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do artigo 3º, mencionado anteriormente; saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade; limpeza urbana e remoção de resíduos; preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais; ações de assistência social; obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

A Lei Complementar nº 141/2012 define que o Fundo de Saúde constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Em suma, pode-se dizer que os Fundos de Saúde constituem-se em instrumentos de gestão dos recursos destinados ao financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde, no âmbito da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios; de planejamento, que possibilita aos gestores ter em mãos importante instrumento para visualizar os recursos de que dispõem para as ações e os serviços de saúde; e de controle, que facilita o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus valores e datas de ingresso, as despesas realizadas, os recebimentos das aplicações financeiras.

O Fundo Nacional de Saúde constitui o conjunto dos recursos financeiros originários do orçamento da seguridade social destinados à saúde; os recursos financeiros de outros orçamentos da União para uso na saúde; e de outras fontes de financiamento com a mesma finalidade podendo ser consultados no site: <[www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br)>.

Os Fundos Estaduais de Saúde (FES) devem ser criados por lei e geridos pelo secretário Estadual de Saúde. Constitui o conjunto dos recursos repassados pelo MS de acordo com o que ficou acertado na PPI e homologado pela CIB, sob responsabilidade estadual; recursos aplicados pelo próprio estado no setor Saúde; recursos que provisoriamente o estado receberá do MS, para pagamento dos prestadores de serviços do SUS nos municípios que ainda não estiverem habilitados ou que ainda não assinaram o Termo de Compromisso de Gestão; recursos providos de outras fontes, sempre que destinados à aplicação na saúde; e ainda recursos suficientes para atender a EC nº 29/2000.

Os Fundos Municipais de Saúde (FMS) também devem ser criados por lei e geridos pelos secretários Municipais de Saúde ou equivalente. Devem contemplar os recursos repassados pelo FNS e FES, bem como os recursos próprios, devidamente distinguidos no orçamento municipal, e suficiente para atender aos dispositivos da EC nº 29/2000 e da Lei Complementar nº 141/2012. O FMS pode ter tantas quantas contas sejam necessárias ao cumprimento de seus objetivos, ou seja, conta para PAB fixo e variável, cada programa especial, contrapartidas, convênios, doações etc. As exigências das quais nenhuma lei do fundo deve se afastar são as de explicar claramente seus objetivos, garantir que a administração do fundo seja realizada com a fiscalização do Conselho de Saúde e sob responsabilidade legal do secretário da Saúde, que sejam atendidas todas as determinações legais, tais como: dispor de orçamento, fazer relatórios e balanços mensais, juntar todos estes dados à contabilidade geral da prefeitura/estado, bem como garantir a autonomia administrativa e financeira.

As **MODALIDADES DE REPASSE** em vigor podem ser classificadas em:

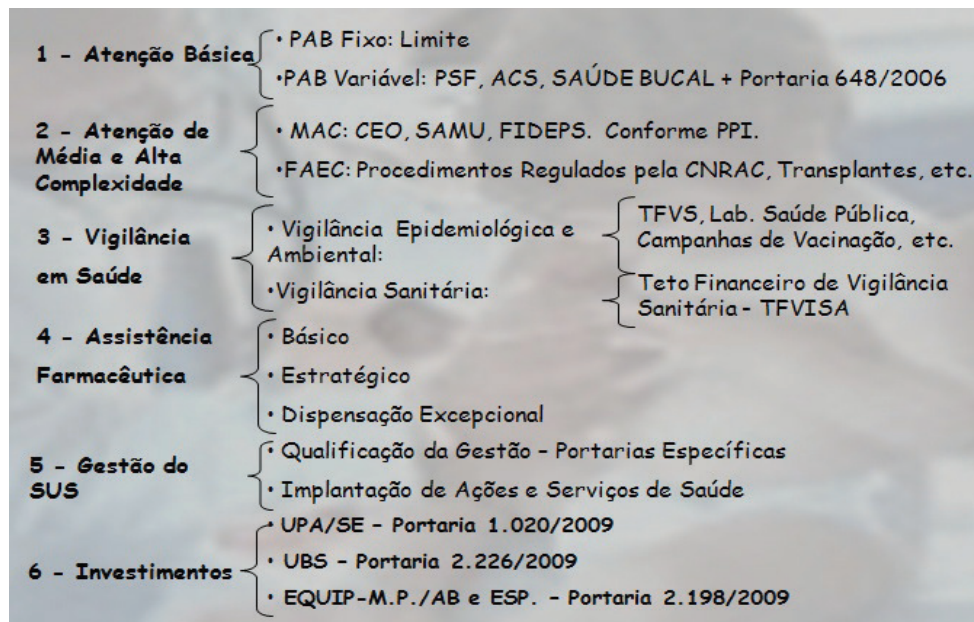
**1. Repasse fundo a fundo:** A Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007, no âmbito do Pacto pela Saúde, estabelece os Blocos de Financiamento (formas de transferências) dos Recursos Federais (Ministério da Saúde) aos estados e municípios, materializando-se em contas bancárias, sendo:

- Atenção Básica
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
- Vigilância em Saúde
- Assistência Farmacêutica
- Gestão do SUS
- Investimento em Saúde (Portaria GM/MS nº 837, de 24 de abril de 2009: altera a Portaria GM/MS nº 204/2007, criando esse bloco).

Essa Portaria sofreu alterações pela Portaria GM/MS nº 2.025, de 24 de agosto de 2011, especificamente, no tocante à parte que trata da aplicação de recursos no âmbito do Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica.

Para uma visão geral da composição dos Blocos de Financiamento, veja a Figura 3 a seguir, baseada na Portaria GM/MS nº 204/2007 do MS.

**Figura 3 – Composição dos Blocos de Financiamento Federal a Estados e Municípios**



Fonte: elaboração própria *apud* Fundo Nacional de Saúde.

Os recursos podem ser utilizados de forma global, dentro de cada bloco, atendendo as especificidades previstas neles, conforme regulamentação específica.

**2. Transferência de recursos via convênios:** Convênios para reforma de unidades de saúde, aquisição de equipamentos, capacitação, pesquisas, desenvolvimento de ações programáticas etc.

Dentro do montante de recursos destinados ao custeio da atenção à saúde, pode-se identificar uma parte destinada ao pagamento de procedimentos produzidos e

outra parte destinada a incentivos, tomados como estímulos a determinadas ações, programas e políticas de saúde. A categorização dos recursos desembolsados pelo Ministério da Saúde pode subsidiar as discussões sobre o processo de descentralização e as formas que pode assumir. Pode-se entender que o ideal são os repasses fundo a fundo que indicam maior autonomia dos gestores descentralizados. Porém, nem todas as modalidades de repasse fundo a fundo significam liberdade de alocação daqueles recursos. Por exemplo, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec) custeia alguns procedimentos específicos de média e alta complexidade, cuja programação (quantidade a ser realizada, escolha de alternativas, distribuição entre prestadores etc.) não está sob definição dos gestores estaduais ou municipais plenos, pois o Faec é de gestão federal, ao contrário do que pode acontecer com aqueles procedimentos que são custeados pelos seus tetos MAC.

A Lei nº 141/2012 (regulamentação da EC-29) alterou os critérios de Transferências dos Recursos da União para estados e municípios. Contudo, a nova determinação ainda está em estudo no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, permanecendo em vigor a modalidade de transferências de recursos por meio dos Blocos de Financiamento.

Pela Lei nº 141/2012 ficam aprimorados os critérios de transferências com base na redução das disparidades regionais de saúde. Essa disposição já existia na Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990 (art. 2º), e agora passam a serem definidos constitucionalmente, de acordo com artigo 198, § 3º, regulamentado pelos artigos 17 e 19 da Lei nº 141/2012 e indicados a seguir:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos artigos 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3 do art. 198 da Constituição Federal.

[...]

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

Assim, devem ser respeitadas as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, complementados pelo art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.



## PROGRAMAÇÃO GERAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE – PGASS

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores, em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e dos serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, partindo da realidade municipal.

Possui articulação com a Programação Anual de Saúde (PAS) de cada ente presente na região, dando visibilidade aos objetivos e metas estabelecidos no processo de planejamento regional integrado, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de promoção e assistência à saúde, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica.

Como principais aspectos inovadores, em relação aos processos anteriores de PPI, pode-se destacar a busca de estrita coerência com os demais instrumentos do planejamento em saúde, bem como daqueles da administração pública, aos quais deve ser subordinada, caracterizando-se como processo que lhes dá concretude, no âmbito da atenção à saúde.

A PGASS coloca-se como instrumento de fortalecimento da governança regional, à medida que se propõe a sistematizar os pactos entre os gestores das três esferas de governo, privilegiando este espaço como *locus* de negociação e estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), integrando os serviços e os recursos disponíveis.

Assim a PGASS enfatiza também o papel organizativo da rede de atenção, uma vez que a metodologia proposta incorpora ferramentas de apoio à reorganização dos serviços de saúde, partindo de estimativas de necessidades em saúde, que apontam para investimentos, antes de promover a alocação dos recursos de custeio, invertendo a lógica hegemônica que privilegia meramente a distribuição do dinheiro.

O modelo da PGASS assume como princípio a orientação para as necessidades de saúde da população. Como consequência, os critérios e parâmetros que refletem essas necessidades podem extrapolar, em muito, a atual oferta de serviços dos sistemas de saúde municipais e regionais, principalmente no caso brasileiro, caracterizado por grandes desigualdades na oferta e no acesso aos diversos serviços públicos, inclusive de saúde. Dois tipos de restrições colocam-se para o alcance dos patamares de oferta de serviços indicados pelos parâmetros: a capacidade de expansão e as limitações de financiamento dos serviços.

Os sistemas de saúde têm uma capacidade limitada de expansão, mesmo em contextos de disponibilidade de recursos financeiros. Assim, entre a intenção de se expandir a oferta de serviços e a efetiva realização desse propósito reside um considerável intervalo temporal. Usando uma terminologia da economia,

uma relativamente baixa elasticidade de oferta. Para outros serviços de saúde a elasticidade de oferta é alta, como é o caso da expansão de oferta de exames laboratoriais. Isso porque os dispositivos tecnológicos disponíveis, abundantes no mercado, permitem expansão acelerada do número de exames, em curtos intervalos de tempo, ou seja, alta elasticidade de oferta.

No caso da programação, portanto, a expansão dos serviços, quando necessária para alcançar o patamar de oferta sugerido pelos parâmetros, deverá ser feita de forma gradual, de acordo com as capacidades específicas de mobilização dos recursos necessários.

A PGASS está fundamentada nos seguintes pressupostos:

- Abranger as ações de assistência à saúde (Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica.
- Ter como norteadora e orientadora das ações e dos serviços de saúde a atenção básica.
- Manter coerência com os instrumentos do Planejamento, os Planos de Saúde e respectivas Programações Anuais de Saúde, expressando compromissos e responsabilidades de cada um, no âmbito regional.
- Contribuir para a organização e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde nos territórios.
- Ser desencadeada pelo planejamento regional integrado com temporalidade vinculada aos planos municipais e com atualizações periódicas.
- Ocorrer nas regiões de saúde, como atribuição das CIRs, sendo necessária a harmonização dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas SES e pactuado nas CIBs.
- Ser realizada em todas as regiões de saúde da UF.
- Subsidiar os dispositivos de regulação, controle, avaliação e auditoria.
- Apontar, no nível regional, o déficit de custeio e a necessidade de Investimentos para a Rede de Atenção à Saúde.

A metodologia proposta pauta-se na aplicação do conceito de modelagem da RAS e respectivos fluxos, culminando em um processo de atenção estabelecido no território, com base nas linhas de cuidado, resgatando o papel organizativo da programação das ações e serviços na conformação do sistema de saúde.

Propõe-se a lógica de estimativa, com bases em necessidades de serviços de saúde, tendo como eixo a centralidade da atenção básica, orientada por parâmetros baseados em evidências científicas, análises comparativas entre sistemas de saúde orientados pela atenção primária – *benchmarking*, análises de séries históricas e consenso de especialistas, enfatizando sua aplicação nos espaços regionais e municipais.





APGASS foi subdivida em quatro etapas, possibilitando a melhor operacionalização da proposta de modo sistêmico, conforme sua abrangência e escopo:

*Etapa I: Harmonização das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, dos três entes federados, no âmbito regional*

No âmbito da Comissão Intergestores Tripartite são definidas as prioridades elencadas no Plano Nacional de Saúde; nas Comissões Intergestores Bipartite são elaboradas as diretrizes, os objetivos e as metas definidas nos Planos Estaduais de Saúde; e nas Comissões Intergestores Regionais compatibilizam-se as diretrizes, os objetivos e as metas estaduais e municipais com as prioridades regionais.

Esta etapa contempla o diagnóstico da situação de saúde, apoiado pelo Mapa da Saúde, o desenho regional, que se traduz nas grades de referências entre os serviços, a identificação da capacidade instalada e a compatibilização dos conteúdos dos planos de saúde com o planejamento regional integrado.

**Etapa II – Modelagem da Rede de Atenção à Saúde e Mapa de Investimentos**

O modelo que se propõe é o da conformação de redes de atenção regionais, apoiadas em linhas de cuidado, de forma a assegurar racionalidade no acesso da população a todas as ações e serviços de que necessitem.

As Regiões de Saúde identificam sua capacidade instalada, a partir dos recursos físicos existentes, estabelecimentos, equipes e equipamentos estratégicos. As informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) servirão de base para este processo, exigindo a sua atualização regular. Esta etapa possibilitará a identificação dos vazios assistenciais, deficiências e potencialidades, além do apontamento de algumas soluções para os pontos críticos encontrados e responsabilização conjunta.

As Regiões de Saúde avaliam a necessidade de serviços, estabelecimentos, equipamentos, equipes de saúde com base na estimativa de ações e serviços de saúde necessários à organização da Rede de Atenção à Saúde, e apresentam a projeção financeira de recursos para implantação dos serviços de saúde vinculados às políticas prioritárias. O resultado será a estimativa do montante de recursos financeiros de investimento necessários para a organização da RAS.

Cada gestor deverá informar as contrapartidas do seu ente federado, bem como, cronograma de implantação dos programas/projetos ao longo dos anos, inclusive parcelamentos, consolidando o Mapa de Investimento.

**Etapa III – Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, com explicitação dos pactos de gestão**

A terceira etapa da PGASS corresponde ao dimensionamento e à consolidação de todas as ações e os serviços de saúde programados para serem ofertados

à população em cada território municipal, ordenado por região de saúde e a correspondente alocação dos recursos financeiros para sua viabilização.

A ordenação da Rede de Atenção à Saúde pressupõe que o dimensionamento das ações e dos serviços que a conformam, e a correspondente alocação dos recursos financeiros para sua viabilização, sejam programados e organizados, a partir das necessidades de saúde da população, cuja identificação é uma das missões primordiais das equipes da Atenção Básica.

Esta etapa está organizada em cinco fases.

Na **Configuração de Áreas Estratégicas e Itens de Programação por Abertura Programática** ocorre a compatibilização das diretrizes gerais da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde às especificidades de cada unidade federada. Este momento compreende a definição de áreas estratégicas e itens de programação da atenção ambulatorial e hospitalar.

A abertura programática baseia-se nas modalidades de atendimentos: ambulatorial e hospitalar. A abertura subdivide-se em itens de programação, que se traduzem como agregações de procedimentos às quais se atribui parâmetros para o respectivo dimensionamento. Na definição de itens de programação busca-se a aglutinação de ações com necessidades de tecnologia similar.

Os itens de programação são permeados pelas áreas estratégicas, organizadas por ciclos de vida, linhas de cuidado, agravos à saúde, especialidades médicas, entre outros. As áreas estratégicas caracterizam-se por proporcionarem um encadeamento no dimensionamento de ações/serviços de saúde e são vinculadas às prioridades elencadas pelos gestores.

No **Dimensionamento das ações e serviços de saúde e definição de percentuais de alcance** ocorre a partir da aplicação de parâmetros de necessidades de ações e serviços de saúde. Esses parâmetros, fornecido pelo MS conforme Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, consideraram evidências científicas da eficácia de tecnologias adotadas, garantia da integralidade e continuidade do cuidado, em patamares de gasto em saúde definidos, subsidiando os gestores na elaboração e na qualificação da PGASS.

Estabelecido o parâmetro estadual, será analisada a capacidade real de execução, definindo percentuais de alcance, por itens de programação, possíveis para o ano vigente e anos subsequentes. Estes percentuais não são aplicados linearmente, variando de acordo com as prioridades do estado e das regiões. Esta proposta deve ser acompanhada do Mapa de Investimento Plurianual a fim de sustentar a possibilidade do aumento da oferta necessária.

O próximo passo é a **pactuação de fluxos assistenciais**, mediante a definição de municípios executores e encaminhadores, para cada item de programação. A



pactuação dos fluxos assistenciais pode se dar nos níveis regional, inter-regional, estadual e interestadual. Poderá ocorrer por abrangência ou por referência. Por referência acontece quando os quantitativos programados são alocados no(s) município(s) executor(es) pelos municípios encaminhadores, em um processo de pactuação no âmbito da CIR. Por abrangência acontece quando os quantitativos programados são alocados no(s) município(s) executor(es) e em um processo de pactuação, no âmbito da CIB, são definidos os municípios a serem abrangidos por executor e respectivas metas.

Esta fase, **Alocação/ajuste dos recursos financeiros**, permite identificar o déficit de custeio, para o caso das ações que possuem capacidade de oferta na região, mas não são disponibilizadas ao SUS por insuficiência de recursos financeiros. As ações de saúde com déficit de custeio deverão ser registradas, a fim de subsidiar futuras alocações de recursos de fonte federal/estadual/municipal.

Nesta fase, **Consolidação**, é possível a visualização dos quantitativos programados e respectivos fluxos por item de programação, por município encaminhador e por município executor.

A definição dos Limites Financeiros da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, por município, constitui-se em um dos produtos da programação das ações e dos serviços de saúde.

Após o processo de programação é fundamental que sejam adotados mecanismos para o seu monitoramento, buscando permanente direcionamento para uma alocação consistente de recursos, e que mantenha a coerência com os demais processos de gestão.

#### Etapa IV – Programação por estabelecimento de saúde

Trata-se da microprogramação, compatibilizando o dimensionamento de ações e serviços de saúde, realizado na Etapa III, entre os estabelecimentos de saúde. Essa etapa envolve a relação dos gestores (estadual/municipal) com os estabelecimentos de saúde sob sua gestão, facilitando os seguintes processos:

- Articulação com o Sistema Nacional de Regulação (Sisreg) ou sistemas correlacionados.
- Formalização de contratos e PCEPs.
- Elaboração da Ficha de Programação Orçamentária (FPO).

A fim de apoiar o desenvolvimento da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, o Ministério da Saúde disponibilizará um sistema informatizado, ProgramaSUS, cuja concepção reflete a metodologia proposta.

A perspectiva para a programação do componente assistência à saúde, da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde é de que com o avanço

das discussões do modelo de financiamento, pelo qual necessariamente a programação está contingenciada, haja superação paulatina dos impasses no campo da remuneração dos serviços. Para tanto, propõe-se o crescimento do rol de modalidades de serviços financiados por orçamento global. É fundamental que se busque a garantia de patamares de financiamento das unidades de saúde, suficientes para seu custeio, de maneira compartilhada, comprometendo recursos federais, estaduais e municipais, de forma a superar as disputas intermunicipais e liberar os gestores para diálogos e negociações que abranjam questões situadas em outro patamar de complexidade, tais como: situação atual e tendências do quadro epidemiológico e demográfico, planejamento da rede de serviços, necessidades de investimento, dispositivos de regulação, melhoria da qualidade, entre outros. Dessa forma, espera-se que futuramente os territórios cobertos pelos serviços, bem como o cálculo dos fluxos de cada município ou serviço orientados para as unidades em questão, deverão se seguir ao cálculo de custeio global, definindo-se as metas físicas e a origem dos usuários, que comporão o contrato global.

A integração com o processo de programação da vigilância em saúde e da assistência farmacêutica, que ainda se encontra em desenvolvimento, em função das especificidades metodológicas e de financiamento, mantém-se como importante propósito para a qualificação e o avanço da programação na busca da integralidade da atenção.

## **A OUVIDORIA DO SUS**

Ouvidoria é uma instância de defesa da democracia participativa, dos direitos humanos e de modernização das estruturas de governo, responsável pelo tratamento das reclamações, solicitações, denúncias, sugestões e elogios relativos às políticas e aos serviços públicos, prestados sob qualquer forma ou regime, com vistas ao aprimoramento da gestão pública.

O Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS, também conhecido como Ouvidoria-Geral do SUS, do Ministério da Saúde, vinculada à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa foi criado em 2003 em consonância com princípios do SUS, tem como objetivos propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS. Aprimorando o acesso, pelos cidadãos, às informações sobre o direito à saúde e ao seu exercício e possibilita a avaliação permanente dos serviços de saúde, com vistas ao aprimoramento da gestão do SUS, conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 2.416, de 7 de novembro de 2014. Busca integrar e estimular as práticas que ampliem os canais de acesso dos usuários do SUS aos processos de avaliação das ações e dos serviços públicos de saúde para fortalecer o SUS e a gestão participativa.

As Ouvidorias do SUS, existentes nas secretarias municipais e estaduais de saúde, as ouvidorias de agências reguladoras do SUS, as ouvidorias dos hospitais federais e ouvidorias de hospitais prestadores de serviço do SUS compõem o segmento de ouvidorias de saúde, coordenadas politicamente pela Ouvidoria-Geral do SUS/MS.

Estas Ouvidorias do SUS terão como diretrizes a defesa dos direitos da saúde, visando contribuir para o fortalecimento da cidadania e da transparência; reconhecimento dos cidadãos, sem qualquer distinção, como sujeitos de direito; objetividade e imparcialidade no tratamento das informações, sugestões, elogios, reclamações e denúncias recebidas dos usuários do SUS; zelo pela celeridade e qualidade das respostas às demandas dos usuários do SUS; defesa da ética e da transparência nas relações entre administração pública e os cidadãos; sigilo da fonte quando o interessado solicitar a preservação de sua identidade; e identificação das necessidades e demandas da sociedade para o setor da Saúde, tanto na dimensão coletiva, quanto na individual, transformando-as em suporte estratégico à tomada de decisões no campo da gestão.

A Ouvidoria do SUS estabelece-se como importante ferramenta de gestão e de participação social. A partir da necessidade do cidadão são gerados dados, que por meio da gestão da informação, permitem ao gestor orientar ou reorientar o planejamento e a execução das ações e dos serviços de saúde à população.

## PARTICIPAÇÃO SOCIAL



*“A sociedade civil é o local da solidariedade, da busca coletiva, do diálogo entre interesses, dos valores éticos. A reforma democrática do Estado deve reconhecer e garantir o poder da sociedade civil. As políticas públicas devem valorizar a legitimidade dos postos eletivos, a capacidade política dos governantes, a responsabilidade pública dos servidores e o trabalho comunitário. Os usuários dos serviços públicos não devem ser definidos e tratados como clientes, mas como cidadãos com direitos, inclusive o de participação. Desses posicionamentos deve decorrer o conceito de qualidade total do serviço público.” (Boaventura Santos).*

O grau da participação organizada da sociedade civil nas questões que dizem

respeito diretamente ao seu bem-estar e qualidade de vida, como direito humano, mede além da própria concretização desse anseio, o nível da consciência social dos direitos, e do processo civilizatório, que abrange os valores que se desenvolvem simultaneamente na sociedade e no Estado.

Uma das características que dá ao SUS singularidade histórica e internacional é que, no Brasil, a participação popular não é para a avaliação do grau de satisfação com a atenção, para a cooperação ou extensão comunitária, para a organização de programas de educação para a saúde ou consultiva. No Brasil, a população tem assento nas instâncias máximas da tomada de decisões em saúde, por isso a denominação controle social dada à participação da sociedade no SUS (CÔRTEZ, 1996a; 1996b). Controle social, no sistema de saúde brasileiro, quer dizer direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde.

A Constituição Federal de 1988, apoiada nos movimentos sociais sanitários existentes, traz como uma das diretrizes do SUS, em seu artigo 198, a participação da comunidade na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas de saúde. A Lei nº 8.080/1990 reafirma a participação da comunidade no SUS, e a Lei nº 8.142/1990 estabelece, em seu artigo 1º, que cada esfera do governo deve contar com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas de participação social.

Os Conselhos de Saúde são fundamentais para o controle social, sendo que os Conselhos Municipais de Saúde são órgãos das Secretarias Municipais de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde, órgãos das Secretarias Estaduais de Saúde, e o Conselho Nacional de Saúde, órgão do Ministério da Saúde.

A legislação estabelece a composição paritária dos usuários, em relação aos outros segmentos representados. Dessa forma, um Conselho de Saúde deverá ser composto por representantes do governo, de profissionais de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária.

Nenhum conselheiro poderá ser remunerado pelas suas atividades, sendo elas consideradas de relevância pública. O Conselho de Saúde deverá ter como órgãos o Plenário, o Colegiado Pleno e uma Secretaria-Executiva com assessoria técnica. Os atos dos Conselhos serão homologados pelo chefe do Poder Executivo local, podendo essa atribuição ser delegada aos respectivos secretários estadual e municipal, conforme o caso. O Plenário reunir-se-á obrigatoriamente uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário, e funcionará baseado em Regimento Interno a ser elaborado e aprovado pelo próprio Plenário. A Secretaria-Executiva deverá ser a unidade de apoio ao funcionamento do Conselho de Saúde, secretariando suas reuniões e servindo de instrumento divulgador de suas deliberações, mantendo intercâmbio constante com as



unidades do Sistema Único de Saúde e articulando os entendimentos necessários ao aprimoramento dele.

O ato de criação do Conselho de Saúde, bem como sua composição, organização, estrutura e competência, deverão ser estabelecidos por lei estadual ou municipal e referendados pelo Poder Executivo correspondente que nomeará os conselheiros indicados pelos órgãos e entidades. O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno, não devendo coincidir com o mandato do governo estadual ou municipal, sugerindo-se que tenha a duração de dois anos, podendo ser reconduzido a critério das respectivas representações. O Regimento Interno de cada Conselho também definirá o quórum mínimo para o caráter deliberativo das reuniões do Plenário e para as questões de suplência e perda do mandato por faltas não justificadas. Suas reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas.

As Conferências de Saúde são foros com representação dos vários segmentos sociais que se reúnem a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde. Devem ser realizadas em todas as esferas de governo, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esse ou pelo Conselho de Saúde. As resoluções das Conferências de Saúde devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos Conselhos de Saúde.

É importante lembrar que tal conquista democrática está à altura de um grande objetivo, que é o de assegurar a construção de um modelo de atenção baseado nos direitos de cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal e equitativo da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo, efetivado por um modelo de gestão descentralizado e participativo, que otimiza os resultados com qualidade, a custos viáveis para os orçamentos públicos. A genuína gestão pública é democrática, deixando claro que todo gestor deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle da sociedade. Embora a Lei n° 8.142/1990, tenha regulamentado a participação da comunidade, deve-se observar se tal ocorre de maneira outorgada e formalística ou de maneira genuína.

No que diz respeito aos Conselhos de Saúde, há de se combater a noção, quase disseminada no Brasil, de que o Conselho é uma instância “*proforma*”, que precisa ser manipulado e corrompido pelo grupo dominante para que este tenha todos os seus interesses e objetivos garantidos.

Sem a clareza do que significam os Conselhos de Saúde, às vezes, ficam expostos a pressões de tendências e grupos, da sociedade e de governos, fragilizando-se e não conseguindo efetivamente cumprir seu papel. No entanto, o controle social vem acumulando experiências e maturidade ímpar que tem possibilitado a interferência nos rumos das políticas de saúde no sentido de construir o SUS e

seus objetivos maiores de efetivos direitos de saúde e cidadania.

A Lei nº 141/2012 e seu Decreto Regulamentador nº 7.827, de 16 de outubro de 2012 constituem mecanismos jurídicos mais atuais sobre o papel dos Conselhos de Saúde no acompanhamento e na avaliação das ações e serviços de saúde.

Neste sentido, os Conselhos de Saúde devem avaliar o Relatório Consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o Relatório Anual de Gestão da saúde em audiência pública, no Legislativo, que será apresentado pelo gestor do SUS a cada quadrimestre (parágrafo 5º, art. 36, Lei nº 141/2012). O Relatório constará dos seguintes itens:

- Montante e fonte dos recursos aplicados no período.
- Auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações.
- Oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

É importante mencionar que esse Relatório, elaborado a cada quatro meses, incorporará o conteúdo do Relatório Anual de Gestão (RAG).

A audiência pública utilizará as informações previstas (art. 22, Decreto Regulamentador da Lei nº 141 nº 7.827/2012):

- No Relatório de Gestão do SUS.
- No Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) dos dois bimestres correspondentes.

Em síntese, a Lei nº 141 reforça o papel avaliador do Conselho de Saúde, preconizado na Constituição e na Lei nº 8.142/1990.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº. 7.827, de 16 de outubro de 2012.** Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que trata o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012, e dá outras providências, 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2015.



\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, regulamenta o art. 163 da CF 88. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 23 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n° 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei n° 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Portaria SGP/MS n° 2416, de 07 de novembro de 2014.** Estabelece Diretrizes para a Organização dos Serviços de Ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas Atribuições. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416\\_07\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416_07_11_2014.html)>. Acesso em: 9 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde.** Brasília, 2013. 124 p. (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v.1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 1.097, de 22 de maio de 2006.** Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde para que seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097\\_22\\_05\\_2006\\_comp.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1097_22_05_2006_comp.html)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 2.048, de 3 de setembro de 2009.** Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048\\_03\\_09\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html)>. Acesso em: 23 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 2.230, de 23 de setembro de 2009.** Dispõe sobre a aplicação da Portaria GM/MS n° 2.048, de 3 de setembro de 2009, que aprovou o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2230\\_23\\_09\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2230_23_09_2009.html)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para

as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 837, de 23 de abril de 2009.** Altera e acrescenta dispositivos à Portaria GM/MS n° 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837\\_23\\_04\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 1.631, de 1° de outubro de 2015.** Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS e revogada a Portaria GM/MS n° 1.101, de 12 de junho de 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\\_01\\_10\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html)>. Acesso em: 05 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html)>. Acesso em: 14 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Falando de Ouvidoria: experiências e reflexões.** Brasília, 2010. 90 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Ouvidoria ativa do SUS: ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão.** Brasília, 2014. 175 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS.** 3. ed. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS.** Brasília, 2014. 178 p.

\_\_\_\_\_. **Resolução n° 333, de 4 de novembro de 2003.** Aprovar as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_03.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Conferência Sergio Arouca, 12., 2003, Brasília. **Relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2004. 230 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n° 322, de 8 de maio de 2003**. Aprovar as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional n° 29, de 13 de setembro de 2000, para definição de recursos mínimos a serem aplicados em saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_03.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm)>. Acesso em: 3 mar. 2005.

CORTES, Soraya Maria Vargas. As origens da participação na área da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 30-37, 1996a.

CORTES, Soraya Maria Vargas. Fóruns participatórios na área de saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 49-50, p. 73-79, 1996b.

COUTTOLENC, B. F.; ZUCCHI, P. **Gestão de Recursos Financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v.10).

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MATUS, C. **Política, planejamento & governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MENDES, A. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. 422 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas Campinas/SP, 2005.

\_\_\_\_\_. **Gestão Orçamentária-Financeira em Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2013. Apostila da Disciplina do Curso de Especialização em Economia da Saúde à Distância.

PIOLA, Sergio et al. Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente e Cenários para o Futuro. **Análise Econômica**, Porto Alegre, ano 30, p. 9-33, set. 2012. N° especial.

REIS, C. O. O.; RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F. **Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: IPEA, 2001. (Texto para discussão).

RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989.

SERVO, L. M. S. et al. Financiamento e gasto público de saúde: histórico e tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: IPEA, 2011.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 1565-1577, 2009.



# Oficina 1.4

## Produção do cuidado e redes de atenção

### Objetivos

- Promover a reflexão sobre os vários modelos de produção de cuidado, redes de atenção e linhas de cuidado.
- Promover a reflexão e apropriação de modelos de atenção à saúde que melhor implementem os princípios e as diretrizes do SUS.
- Promover a reflexão sobre os mecanismos para articulação e regionalização dos serviços e das ações de saúde em redes de atenção.

### Conteúdos

- Modelos de atenção à saúde.
- Modelos de produção do cuidado.
- Redes de atenção à saúde.
- Linhas de cuidado.

### Atividades

- Em grupo, leitura do texto base e discussão **“O caso da dona Maria”**.
- Reflexão e registro: Reconstrução do caminho para dona Maria apresentando uma proposta de linha de cuidado.
- Registro e apresentação dos pontos relevantes do texto.
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

## “O CASO DA DONA MARIA”



Dona Maria é uma mulher de 52 anos, seis filhos pequenos, moradora da periferia do município de Recaminho, atualmente desempregada. D. Maria percebeu um caroço na mama esquerda e na semana seguinte procurou a UBS Vila Nova, próxima à sua casa, na tentativa de agendar uma consulta. No entanto, mesmo tendo ido à UBS por três vezes, d. Maria não conseguiu agendar a consulta e foi orientada pelo agente comunitário de saúde a procurar a enfermeira Sandra. Ela conseguiu contato com a enfermeira 15 dias depois.

A enfermeira conseguiu com o médico da unidade um encaminhamento para o ginecologista e esta consulta foi agendada para 20 dias. Na consulta, o ginecologista solicitou uma mamografia. No entanto, d. Maria levou oito semanas para realizar a mamografia e mais cinco semanas para retornar ao médico já com o resultado do exame. Olhando a mamografia, o médico pediu uma biópsia. A biópsia foi marcada num serviço especializado, sendo realizada um mês após a solicitação. O resultado demorou seis semanas para ficar pronto e na semana seguinte ela retornou ao ginecologista. Na consulta ela foi encaminhada ao oncologista do Hospital do Município de Beira Rio, que é um Centro de Referência em Oncologia (Cacon).

Recaminho não tem central de regulação organizada, e a UBS não conseguiu marcar a consulta. Dona Maria foi, com a cara e a coragem, ao hospital e, após ter comovido uma auxiliar de enfermagem com sua história, conseguiu agendar uma consulta “extra”. Foi examinada pelo oncologista, que disse que ela tinha demorado muito a procurar um médico, que deveria ter vindo mais cedo. O oncologista solicitou exames de sangue, tomografia e cintilografia que demoraram um mês para serem realizados. Na consulta de retorno, o oncologista disse que o tumor se encontrava em estadiamento localmente avançado, e por isso ela precisaria de quimioterapia prévia. Recebeu, então, a quimioterapia prévia, observando-se regressão considerável do tumor, tratamento este que se perdeu, por não ter conseguido ser operada em tempo hábil. Esperou mais de seis meses pela cirurgia, quando o recomendável seria entre 15 e 30 dias após o término da quimioterapia, o tumor voltou a crescer, tornando-se inoperável.

Nos meses seguintes, após importante progressão tumoral e metástase óssea,



foi indicado quimioterapia paliativa de primeira linha e radioterapia. Como o tumor estava em estágio bastante avançado, a terapia não foi eficaz e então lhe foi prescrita hormônio terapia de segunda linha, também ineficaz.

A doença de dona Maria progride com metástases pulmonares, com o que passa a receber quimioterapia paliativa de segunda linha, persistindo a progressão tumoral na vigência dessas.

Então, dona Maria é considerada fora de possibilidades terapêuticas oncológicas. É encaminhada, com plano de cuidados realizado pelo Cacon de Beira Rio, para cuidados paliativos no Hospital de Recaminho, onde ficou internada em leito de clínica médica com falência de múltiplos órgãos, vindo a óbito em alguns dias.

## MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE



Em nossa sociedade, ao nos depararmos com algum sinal ou sintoma de um problema de saúde, procuramos serviços de saúde no intuito de ser ajudado a nos curarmos e reestabelecemos a saúde. As formas de obter a cura se modificaram ao longo do tempo e diferem nas várias culturas. Em geral, reconhecemos os profissionais de saúde e, em particular os médicos como capazes de julgar e decidir sobre nossa saúde.

Com o desenvolvimento da medicina científica, alavancado fortemente pelo avanço da microbiologia, os médicos tornaram-se detentores desse poder científico. Em 1910, o Relatório Flexner indicou a necessidade de várias alterações nas escolas médicas para a formação de profissionais especializados, sendo fortemente indutor do atual modelo biomédico, hospitalocêntrico e médico centrado.

São inúmeros autores e interpretações para o que chamamos Modelos de Atenção à Saúde e precisamos ser capazes de refletir sobre quais características devem ser providos os serviços para dar conta dos novos conhecimentos e necessidades. É preciso considerar a transição demográfica e epidemiológica; o aumento da esperança de vida à população mais velha, convivendo com comorbidades, necessitando não mais de cura, mas de controle, menos de intervenções, e mais de cuidado, de atenção mais generalista e menos especializada, de atenção no domicílio e nas unidades básicas e menos no hospital, enfim, de novas matrizes, que alterem a visão hegemônica (hospitalocêntrica e médico-centrada) e suas estruturas de poder.

Buscando superar as dificuldades inerentes ao processo de identificação dos modelos, podemos considerar as diversas dimensões abordadas pelas noções de modelo assistencial, isto é, tomar simultaneamente a dimensão de organização de instituições, unidades e setores programáticos da saúde; a dimensão dos saberes e tecnologias presentes e os respectivos processos de trabalho em saúde; e a dimensão política como política social para a saúde de determinados grupos, expressa em projetos que articulam estas dimensões. As imbricações das dimensões constituintes de um modelo de atenção estão representadas na Figura 1.



**Figura 1 – Imbricações das dimensões de um modelo de atenção à saúde**



Fonte: Campos, 1992.

As tecnologias em saúde, portanto, estão relacionadas a uma ampla gama de produtos e serviços que traduzem o conhecimento produzido para o cuidado à saúde, incorporado em elementos como medicamentos, vacinas, equipamentos, assim como dispositivos, procedimentos, processos de trabalho, sistemas organizacionais e de apoio na produção do cuidado. Segundo o glossário da *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INATHA)*, tecnologia em saúde é qualquer intervenção que possa ser usada para promover saúde, prevenir, diagnosticar, tratar, reabilitar ou cuidar de doenças em longo prazo. As tecnologias em saúde podem ser tanto relacionadas às ações de proteção, promoção da saúde e de prevenção da doença como as ações de assistência e de apoio, de terapêutica e reabilitação. Poderá envolver tanto intervenções comunitárias quanto voltadas ao cuidado individual.

Atualmente, as tecnologias duras, as que envolvem máquinas e processos assistenciais, são as mais privilegiadas (MERHY, 2000). No entanto, sabe-se que o resultado em saúde muitas vezes está muito mais relacionado às tecnologias relacionais que produzem o cuidado, no vínculo e responsabilização das equipes de saúde. Muitas vezes, os sistemas são fragmentados e pouco resolutivos, com alta incorporação tecnológica. É preciso racionalizar o uso e incorporá-lo inserido em processos mais estruturados de cuidado que garantam a continuidade da assistência, considerando as necessidades dos pacientes. Cada vez mais se discute sistemas de cuidado centrado nos usuários que devem ser importantes protagonistas nessas decisões.

Nesse sentido, em cada momento histórico, conformaram-se modos de produzir saúde, originados de políticas de saúde que se expressam em projetos de ações específicas e definidas em processos de disputas políticas entre determinados sujeitos sociais e seus interesses. Políticas e projetos de saúde organizam-se como conjuntos de diretrizes que articulam saberes e tecnologias, definem saúde como necessidades e direitos, ordenam certos modos de gestão e de financiamento e organizam unidades, setores programáticos e processos de trabalho em saúde. No Brasil, ao longo do tempo, vários modelos conviveram e convivem simultaneamente, conforme identificamos a seguir:

<p>• Campanhista Policial ou do Sanitarismo Campanhista (± 1900 a 1920), do campo da Saúde Pública, capitaneado por Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e Emílio Ribas, em São Paulo, baseado na bacteriologia e na imunologia de Pasteur e na ação autônoma e impositiva sobre os corpos individual e social, por meio das campanhas de vacinação (contra a varíola e febre amarela), nas ações de desinfecção e na Polícia Sanitária, com sua fiscalização de prédios, atividades e lugares.</p>
<p>• Dos Centros de Saúde ou Rede Local Permanente (± de 1920 a 1980), do campo da Saúde Pública, defendido por um grupo de sanitaristas brasileiros (anos 1920), influenciado pela escola americana da multicausalidade e suas experiências de ambulatórios permanentes, em contraposição ao modelo campanhista de inspiração francesa. Buscava responder em escala coletiva aos problemas de saúde e outras carências das populações urbanas empobrecidas, por meio da educação sanitária, higiene (pessoal, profissional e do ambiente), em detrimento das ações médicas curativas. Contava com o trabalho dos médicos sanitaristas, enfermeiras visitantes e fiscais sanitários em uma rede única de ambulatórios gerais, regionalizados e descentralizados administrativamente, baseados nos centros de saúde e postos de higiene.</p>
<p>• Dos Ambulatórios Especializados ou Vertical Permanente Especializado (± de 1920 a 1980), do campo da Saúde Pública, defendido por outro grupo de sanitaristas brasileiros (anos 1920), também influenciado pela escola americana da multicausalidade e buscando responder aos problemas de saúde da população urbana pobre. Reconhece a associação da ação médico-curativa, campanhas, polícia sanitária e também a educação sanitária, em ambulatórios e hospitais especializados, organizados por problemas específicos (tuberculose, hanseníase, doenças venéreas, materno-infantil etc.), que atuavam de forma paralela e eram administrados verticalmente.</p>
<p>• Medicina Previdenciária ou da Assistência Médico-Previdenciária (± de 1920 a 1990), do campo da Medicina, iniciado como benefício das CAPs, depois assumido e desenvolvido pelos IAPs e INPS/Inamps buscava responder às necessidades de saúde dos trabalhadores formalmente ligados aos principais ramos da economia, visando a manter/reparar a mão de obra e garantir assistência médica a seus dependentes. Baseava-se no trabalho médico-centrado, curativo-reparador em grandes ambulatórios de especialidades e hospitais próprios. Mas, a maior parte da assistência passou a se viabilizar na retaguarda especializada ambulatorial, de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) e hospitalar, contratada no Modelo Liberal-privatista. Tinha por princípio o financiamento triplice: empresa, trabalhador e poder público federal.</p>
<p>• Medicina Comunitária - A partir da década de 1960, a experiência dos EUA do Centros de Saúde foi retomada e reformulada pela Medicina Preventiva, que, respaldada pela teoria da História Natural da Doença, formatou o modelo da Medicina Comunitária como parte do programa de combate à pobreza promovida por agências governamentais e universitárias, com algumas experiências implantadas no Brasil na década de 1970.</p>
<p>• Liberal-privatista - Do campo da Medicina, constituiu-se como empreendimento privado, isolado ou de grupos médicos, a partir do nascimento e consolidação da medicina científica. Transforma-se, ao longo do século XX, iniciando por uma prática médica generalista, sendo, a seguir, formatado pela corrente flexneriana, até se consolidar como modelo da medicina especializada, ambulatorial e hospitalar, hegemônico até os dias atuais. Cabe esclarecer que, o Relatório Flexner, nos EUA, em 1910, recomendava a entrada e ampliação dos cursos para quatro anos, expansão do ensino clínico nos hospitais, ênfase na pesquisa biológica, o estímulo à especialização médica, dentre outras reformas que formataram decisivamente o ensino e práticas médicas.</p>

Alguns modelos de Atenção à Saúde, em especial o da Medicina Previdenciária e o Liberal-privatista resguardada as variações dadas pelas realidades locais e pelas transformações ao longo dos anos, podem ser caracterizados, genericamente, como modelos baseados na produção de procedimentos, como mostra o quadro a seguir.

## Quadro 1 – Principais características dos modelos baseados na produção de procedimentos

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS BASEADOS NA PRODUÇÃO DE PROCEDIMENTOS	
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reparar a mão-de-obra lesada no trabalho; contribuir na produção e reprodução da força de trabalho; produzir procedimentos como mercadorias para a obtenção de lucros e atender ao sofrimento individual com vistas a restabelecer a saúde, de forma secundária.</li> </ul>
<b>Políticas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mais condizente com a política liberal e presente nas políticas sociais: Residual e Meritocrática.</li> </ul>
<b>Saberes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Campo da Medicina.</li> <li>Baseado no conjunto de saberes da Clínica como prática baseada na ciência positiva e no uso de tecnologias de diagnose e terapia.</li> <li>Doença como alteração morfofisiológica do corpo biológico individual, sob o recorte do normal e patológico, e associada à presença ou ausência de um agente etiológico e/ou a fatores do meio ou do hospedeiro (Teoria Unicausal e Multicausal).</li> </ul>
<b>Organização</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concentração de serviços nas cidades mais desenvolvidas e nos centros comerciais destas.</li> <li>Constituído, em geral, por unidades isoladas e independentes que se relacionam via mercado.</li> <li>Oferta formatada pelo lucro e a demanda, pelo estímulo ao consumo.</li> <li>Acesso mediado pelo poder aquisitivo dos usuários ou inserção no mercado formal de trabalho.</li> <li>Financiado pela venda direta de serviços, seguros de saúde, doações privadas e com recursos públicos.</li> </ul>
<b>Modalidades assistenciais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistência em hospitais gerais (dispõem de quase todas as especialidades) e especializados (algumas especialidades afins) que em geral dispõem de ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.</li> <li>Assistência em consultórios e clínicas especializadas ou policlínicas.</li> <li>Assistência em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.</li> <li>Assistência odontológica, psicoterápica, de reabilitação, e outras, em consultórios e clínicas.</li> <li>Assistência à saúde mental em manicômios, onerosa, ineficaz e que, freqüentemente, viola os direitos humanos fundamentais.</li> <li>Assistência farmacêutica via estabelecimentos comerciais lucrativos.</li> </ul>
<b>Trabalhadores e Processos de Trabalho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Categorias constituídas a partir de rígida e corporativa divisão técnica e social do trabalho em saúde como: médico especializado, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, bioquímico, farmacêutico, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, administrador hospitalar e outras.</li> <li>Processo de trabalho médico centrado, curativo-reparador, incorporador de aparatos tecnológicos, de atividades de maior custo (em geral não substitutivas) e tendente à hiper-especialização.</li> <li>Autonomia das atividades, exercidas de forma individualista e privada.</li> <li>Ação clínica voltada à conquista de clientes, com dose variada de missão humanitário-caritativa/caritativa.</li> </ul>

Fonte: elaborado pelos autores.

A plena realização dos princípios do SUS exige a articulação e a integração de diversas dimensões do sistema de saúde essenciais à concretização de sua unicidade que, em virtude de uma série de desafios estruturais, não se encontra plenamente consolidada, tornando o SUS uma reforma em processo. Esses obstáculos têm sido constantemente abordados no debate recente sobre os rumos da reforma sanitária e podem ser sintetizados nos seguintes elementos de fragmentação do sistema:

- Definição das Responsabilidades Federativas.
- Financiamento.
- Capacidade de Gestão da Produção de Saúde e Humanização dos Serviços de saúde.
- Regulação de Sistemas de Saúde, da Atenção à Saúde e do acesso e utilização dos serviços de saúde.
- Integração dos Serviços do Setor Complementar ao SUS.
- Intersetorialidade.
- Planejamento e Formulação de Políticas.
- Gestão e Qualidade dos Serviços.
- Forma de Acesso à Integralidade e Judicialização da Política de Saúde.
- Gestão do Trabalho em Saúde.
- Participação, Controle Social, Avaliação e Monitoramento.

Os desafios estruturais, anteriormente apresentados sob a forma de elementos de fragmentação do sistema, dificultam a consolidação do caráter único e integrado do SUS, capaz de cumprir seus princípios constitucionais. A superação dos obstáculos exige a formulação de estratégias e políticas capazes de atuar de forma concomitante no enfrentamento dos conflitos políticos e na proposição de soluções inovadoras de construção institucional para integrar plenamente o sistema. Superar a fragmentação do SUS requer novas estratégias para a produção de saúde, organizacionais e políticas integradoras capazes de manter seu caráter universal, integral, democrático e descentralizado.

## **MODELOS DE PRODUÇÃO DE CUIDADO**

Esses movimentos de reconstrução institucional do SUS estão fundamentados em um formato de organização regionalizada da produção de saúde, flexível nas diversas conjunturas geográficas específicas do País, a partir do qual devem estar organizados os modelos de atenção, gestão e governança federativa do SUS. A regionalização como estratégia de construção de sistemas integrados de saúde tem sido, ao longo da história da proteção social, um dos fundamentos internacionalmente consensuais, principalmente se considerarmos os sistemas universais unificados nacionalmente. Tradicionalmente, sua fundamentação está associada à capacidade de reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a universalidade e a integralidade da atenção, racionalizar gastos



e otimizar os recursos, além de representar um processo de fortalecimento da descentralização. Logo, superar os obstáculos de fragmentação passa pela construção de um sistema de saúde estruturado em redes regionalizadas de atenção, recuperando o formato organizacional previsto no texto constitucional e nas leis orgânicas da saúde.

A dominância dos modelos baseados na produção de procedimentos faz dos processos de trabalhos clínicos uma somatória de atividades justapostas, às vezes desarticuladas, de várias categorias de profissionais que, munidos de saberes e aparatos tecnológicos, tomam as necessidades e demandas em saúde das pessoas sob o recorte biologicista do normal e do patológico, produzindo, em ato, uma gama de ações que buscam responder aos problemas, a partir do foco sob o qual foram delimitados, em geral por meio de relações burocráticas, frias, com baixos graus de vínculo, responsabilidade e afeto.

Pensar em processos de trabalho em saúde: seja clínico individual, de saúde coletiva ou de gestão, na perspectiva da concepção ampliada da saúde e de sua determinação social, assim como em respostas mais abrangentes e integrais, traz para pauta a produção do cuidado, em contraponto à produção de procedimentos. O cuidado tomado numa concepção mais humana contemplaria uma postura acolhedora, uma escuta atenta, um olhar mais zeloso, uma interação mais afetuosa, implicando, também, o aumento dos graus de vínculo entre usuários e profissionais e, conseqüentemente, uma maior responsabilidade desses para com aqueles. Tomar o cuidado, humano e solidário, como base para os trabalhos clínicos, de saúde coletiva e de gestão, consiste em ter, como centro da atenção, os usuários, com suas distintas necessidades e demandas, portador dos direitos de saúde e cidadania, ou seja, uma diretriz que demanda a implementação de modelos centrados na produção do cuidado.

Os modelos centrados na produção do cuidado foram construídos a partir da crítica aos modelos que se baseiam na produção de procedimentos, e na incorporação dos pontos positivos dos modelos do campo da Saúde Pública, em especial daqueles que se propuseram como alternativa ao modelo hegemônico e na tentativa de ir ao encontro das melhores reflexões, práticas e finalidades colocadas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e pela história de construção do SUS, sendo suas principais características:

## Quadro 2 – Principais características dos modelos centrados na produção de cuidados

<b>PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS CENTRADOS NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS:</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responder à saúde, individual e coletiva, como um bem inseparável da vida, um “valor de uso” que confere graus de bem-estar e autonomia ao modo de viver, o qual está em contínua transformação e associado ao processo social e histórico do vir a ser humano.</li> <li>• Responder à saúde como um direito social e de cidadania.</li> </ul>
<b>POLÍTICAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Democratização do Estado e sociedade, governança formatada pela “coisa pública”, pelo bem comum e pela justiça social.</li> <li>• Política de Seguridade Social e de Saúde como direito de cidadania.</li> </ul>
<b>SABERES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campo da Saúde Pública e da Medicina.</li> <li>• Materialismo histórico, ciências sociais e políticas, planejamento estratégico, planejamento urbano, análise institucional, psicanálise, epidemiologia da determinação social da saúde/doença, além de uma clínica que tome o ser humano em sua totalidade.</li> <li>• Concepção saúde/doença que enfatiza o vínculo entre saúde e condições de vida, correlacionado às dimensões biológicas, da consciência e conduta, ecológicas, culturais e dos processos econômicos, com base no conceito de reprodução social.</li> </ul>
<b>ORGANIZAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão e gerências democráticas com ampla participação dos profissionais e usuários.</li> <li>• Regulação, controle, avaliação e auditoria que viabilizam a atenção integral.</li> <li>• Financiamento por meio do orçamento público das três esferas de governo.</li> <li>• Cobertura de toda população com todos os serviços, formatada pela equidade.</li> <li>• Acesso mediado pelas necessidades/demandas e direitos do cidadão.</li> <li>• Oferta e demanda, reguladas, de maneira a responder às necessidades.</li> <li>• Descentralização com regionalização intra e intermunicipal solidária, articulada ao processo de planejamento, programação, orçamento e regulação assistencial.</li> <li>• Conformação de hierarquia flexibilizada da rede, com potenciação, racionalização e integração dos níveis.</li> <li>• Construção das linhas de cuidado, intra e interníveis, buscando a integralidade.</li> <li>• Definição de territórios (como espaços em permanente construção da vida social) de responsabilidade e mapeamento desses, segundo riscos sociais e epidemiológicos.</li> <li>• Adscrição de indivíduos, famílias, grupos e de territórios às equipes das unidades de saúde, como aumentar os graus de vínculo e responsabilização.</li> <li>• Construção da intersetorialidade enquanto política de governo e por meio da co-gestão das áreas envolvidas e não apenas pelo setor da saúde.</li> </ul>
<b>MODALIDADES ASSISTENCIAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rede básica próxima ao local de moradia, potente na produção do cuidado, organizada para oferecer a mais ampla gama de ações (de promoção, prevenção, cura, controle e reabilitação) individuais e coletivas e que se ponha a serviço das práticas de saúde e práticas sociais que determinam qualidade de vida.</li> <li>• Rede de serviços de apoio diagnóstico, do ambulatório de especialidades, de unidades urgência (pré e hospitalar) e de hospitais, em conformidade com as necessidades de saúde, as capacidades dos municípios e aos desenhos de regionalização, de maneira a compor com as unidades básicas uma rede de ajuda e de compromissos, assim como de co-responsabilidade pela saúde integral do usuário.</li> <li>• Cuidado ambulatorial e domiciliar potenciados, com focalização e racionalização da atenção hospitalar aos casos complexos que de fato a requerem.</li> <li>• Desativação dos manicômios por meio de serviços abertos, humanizados, articulados e regionalizados, com capacidade de acolher os usuários da Saúde Mental, em diferentes momentos (CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, hospital dia, urgência em hospitais gerais, etc).</li> <li>• Vigilância à saúde (epidemiologia, vigilância sanitária, saúde do trabalhador) articulada e integrada à atenção programática, estratégica e em níveis de complexidade.</li> <li>• Assistência farmacêutica eficiente e eficaz, por meio da dispensação oportuna de medicamentos essenciais, em toda rede assistencial.</li> </ul>

Conclusão

#### TRABALHADORES E PROCESSOS DE TRABALHO

- Categorias estimuladas a compartilhar os saberes e práticas comuns, ao mesmo tempo em que são demandadas em seus núcleos de competência específica, como forma de superar a divisão rígida e corporativa do trabalho.
- Categorias contempladas com Plano de Cargos, Carreira e Salários adequados ao SUS e em processo de educação permanente.
- Autonomia das equipes para que o trabalho em ato possa gerar o novo, seja do trabalhador individual (re-configuração do autogoverno e das relações interpessoais), seja em nível coletivo (novas formas de gerenciar, de gerir e de fazer política), segundo novas racionalidades e sentidos éticos em prol da vida. Trabalho em equipe, em que de fato ocorram cooperação e complementaridade de saberes e práticas, das categorias e especialidades, em que o indivíduo é tomado em sua totalidade, é recebido de forma acolhedora e humana, é receptor de uma gama de ações de cuidado integral, solidárias, responsáveis, que lhe buscam conferir bem-estar e autonomia em seu modo de viver.
- Acolhimento ao usuário, em todos os níveis, fazendo: triagem e classificação de riscos; assistência ao agudo pouco complexo; encaminhamento para os fluxos organizados de urgência/emergência, atenção à criança, mulher, adulto, saúde bucal, saúde mental, saúde do trabalhador etc.
- Potencialização das tecnologias leves ou relacionais, uso racional das leve-duras (protocolos assistenciais) e incorporação / utilização crítica das tecnologias duras<sup>3</sup>.
- Maior eficiência e abrangência na prática clínica fundamentada pela crítica humanista e por um enfoque global das individualidades e da vida.
- Pacto negociado de metas, avaliação dos resultados das ações e premiação por desempenho de profissionais, equipes e unidades.

Fonte: elaborado pelos autores.

## REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS

A clássica figura de uma pirâmide, representando um modelo de saúde, em cuja base estariam as unidades básicas de saúde, cobrindo grupos populacionais definidos – área adstrita – na parte intermediária, a atenção secundária, com as especialidades clínicas e cirúrgicas e o apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de urgência e emergência e hospitais gerais, e no topo os hospitais com alta densidade tecnológica, tenta traduzir a proposta de regionalização e hierarquização dos serviços, em que o espaço da rede básica seria o local privilegiado para superar o modelo hegemônico do pronto atendimento, da queixa-conduta que, além de caro e pouco efetivo, é pouco resolutivo, impessoal, deseducador, não cria vínculos e banaliza a assistência.

A proposta de rede, portanto, supera a concepção da conformação geográfica da pirâmide, cuja armadilha é a tradução do fluxo hierarquizado das pessoas no sistema, e orienta-se para um desenho circular, ficando abertas as possibilidades de entrada dos usuários, por meio da creche, escola, culto religioso, quartel, pronto-socorro ou clínica especializada, desde que, qualificadas para o acolhimento e o reconhecimento dos grupos vulneráveis e capazes de organizar as demandas ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso, coordenadas por uma equipe/profissional autora do “projeto terapêutico” de cada indivíduo, respeitando sua maneira individual de caminhar na vida com certa qualidade. Se a prática da atenção primária não tem a resolubilidade esperada, a porta de entrada permanece sendo as emergências dos hospitais e das unidades de pronto atendimento, e os ambulatórios de especialidades

mantêm sua clientela, não “devolvendo-a” à rede básica, enfim, cria-se uma instabilidade da pirâmide que nos remete a outros “desenhos” de rede.

As mudanças demográficas com a queda das taxas de fertilidade, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população incidem fortemente sobre o perfil epidemiológico da população e sobre a demanda aos serviços de saúde. O aumento das condições crônicas, responsáveis por 66% da carga de doenças no Brasil, as comorbidades, com os estilos de vida pouco saudáveis, o incremento da violência, sofrimento psíquico e drogadição e o convívio com problemas associados à pobreza e à exclusão social; exigem Redes de Atenção à Saúde coordenada pela Atenção Primária à Saúde. O Relatório Dawson, em 1920, por solicitação do governo inglês descreve pela primeira vez uma completa rede regionalizada com enfoque nos serviços comunitários de atenção primária na coordenação do cuidado.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, um sistema de saúde baseado na atenção primária supõe um enfoque amplo de organização e operação dos sistemas de saúde, que faz do direito a alcançar o maior nível de saúde possível seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximiza a equidade e a solidariedade do sistema. Um sistema baseado na atenção primária será conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que garantam cobertura e acesso universal aos serviços, os quais são aceitáveis para a população e promovem a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, põe ênfase na prevenção e na promoção e garantia do primeiro contato do usuário com o sistema, tomando as famílias e comunidades como base para a planificação e ação. Um sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde requer um sólido marco legal, institucional e organizativo, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis do sistema para alcançar qualidade, eficiência e efetividade, e desenvolve mecanismos ativos com o fim de maximizar a participação individual e coletiva em matéria de saúde. Um sistema de saúde desta natureza promove ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde e a equidade.

Existem muitas evidências de que a integração dos serviços de saúde melhora o acesso, reduz a fragmentação do cuidado assistencial, melhora a eficiência global do sistema de saúde, evita a duplicação de infraestrutura e serviços, diminuem os custos de produção e respondem melhor às necessidades e expectativas das pessoas. A redução de custos de produção se obtém pela melhora do custo-efetividade dos serviços, redução de hospitalizações desnecessárias, diminuição da utilização excessiva de serviços e exames diagnósticos, diminuição da permanência hospitalar, melhorias nas economias de escala e de produção conjunta e nos volumes de produção e de produtividade, que se associam a



melhorias na qualidade da atenção. Fortalecer a atenção primária, por meio das estratégias que garantam o cumprimento dos princípios universais desse nível de atenção, como a Porta de Entrada/Primeiro Contato; Responsabilidade pela População, Integralidade do Cuidado e coordenação dos usuários na rede de atenção, significa torná-la resolutiva para reverter o processo histórico de internações por condições que sejam sensíveis ao atendimento ambulatorial, que provocam a superlotação nas emergências e hospitais e o viés de uma falsa resolução dos problemas, que, incompleta, descontínua e descontextualizada, resulta inadequada para os frequentes problemas como o das doenças crônico-degenerativas, osteoarticulares, pulmonares crônicas ou de fundo emocional.

Na Figura 2 apresentam-se os valores, princípios e elementos de um sistema de saúde baseado na Atenção Primária à Saúde.

**Figura 2 – Valores, princípios e elementos essenciais em um Sistema de Saúde baseado na Atenção Primária à Saúde (APS)**



Fonte: Adaptado de “Redes Integradas de Serviços de Salud” (OPAS, 2010, p. 17).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) tendem a melhorar os recursos do sistema frente às necessidades de saúde da população por meio de melhor equilíbrio entre especialistas e generalistas. Do ponto de vista clínico, a continuidade do cuidado associa-se a melhora na efetividade clínica, na capacidade da resposta dos serviços, na aceitabilidade e na eficiência do sistema de saúde. Do ponto de vista do usuário, as RAS melhoram o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), aos outros níveis assistenciais quando requeridos, evita duplicação desnecessárias de histórias clínicas, procedimentos diagnósticos e aos trâmites burocráticos, melhoram os processos de decisão compartilhada entre os profissionais e os usuários, facilitam implementação de estratégias de autocuidado e seguimento de condições crônicas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), forma brasileira de organização da Atenção Primária à Saúde, apresenta características inovadoras como equipe multiprofissional, inclusão da saúde bucal, a presença singular dos agentes comunitários de saúde e o estímulo à participação comunitária. Para que essa estratégia desenvolva uma atenção básica forte e sustentável, capaz de impactar nos indicadores de saúde proporcionando qualidade, equidade, relevância e melhor custo efetividade, deve estar integrada à rede de serviços de saúde. Essa rede, centrada na Atenção Primária à Saúde, deve permitir a prestação de assistência contínua a determinada população no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa. Seguindo as características que lhe são esperadas, deve compartilhar seus encaminhamentos com os demais níveis de atenção por meio de transferências temporais do cuidado, e, na maior parte das vezes, por uma atenção compartilhada de curto ou longo prazo, dependendo da gravidade, das habilidades especializadas, da recorrência dos agravos, enfim, da estratégia do cuidado utilizada.

Eugenio Vilaça Mendes tem construído extenso referencial teórico sobre as redes de atenção e indica alguns atributos essenciais para seu funcionamento adequado, tais como:

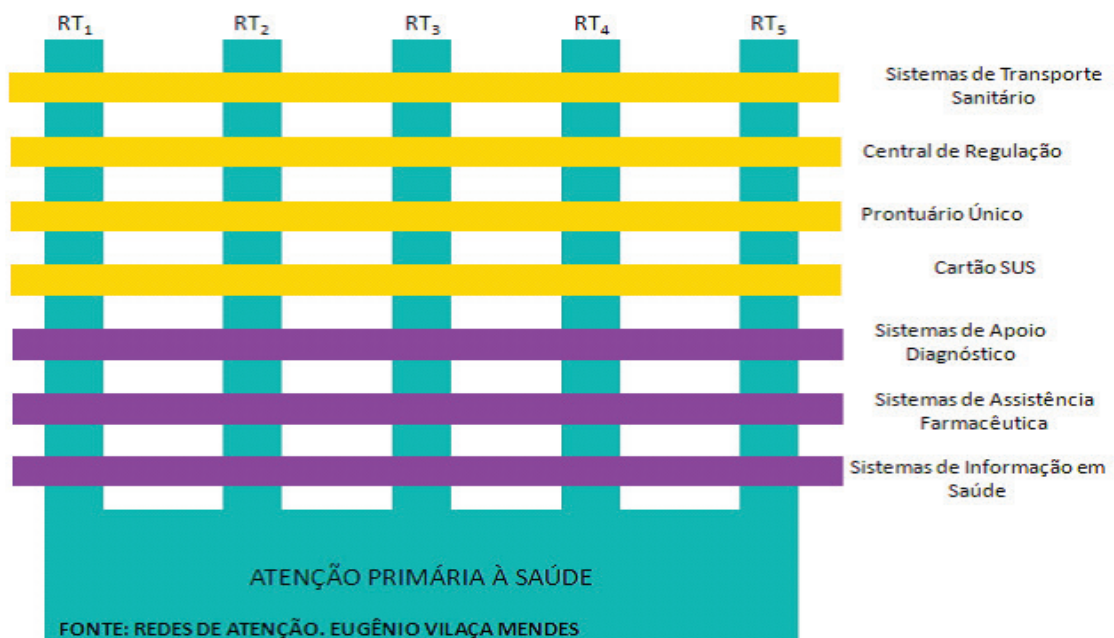
- População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
- Estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos.
- Atenção Básica em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população.
- Serviços especializados com prestação em lugar adequado.
- Mecanismos de coordenação – continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo de atenção.
- Saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta

as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.

- Sistema de governança único para toda a rede com propósito de criar missão, visão e estratégias; definir objetivos e metas cumpridos no curto, médio e longo prazo.
- Participação social de maneira ampla.
- Gestão integrada dos sistemas, de apoio administrativo, clínico e logístico.
- Recursos humanos suficientes: competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede.
- Sistema de informação integrado que vincula todos à rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.
- Financiamento tripartite garantido e suficiente, alinhado com as metas.
- Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.
- Gestão baseada em resultados.

Nesse sentido, é necessário organizar os sistemas de apoio e logística que transversalizam as várias redes temáticas, conforme indica a Figura 3.

**Figura 3 – Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde**



Fonte: Redes de Atenção. Eugênio Vilaça Mendes.

As Redes de Atenção à Saúde no SUS são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre todos os pontos de atenção tendo como o centro de comunicação a Atenção Primária em Saúde pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização com a atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. O Ministério da Saúde definiu como compromissos prioritários de governo a organização das redes temáticas materno-infantil (Rede Cegonha), a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psicossocial com ênfase no enfrentamento do crack e outras drogas, Rede Viver sem limites e Redes de Condições Crônicas (obesidade, doenças pulmonares, oncologia).

As redes temáticas têm normatizações específicas para a sua organização nos territórios e contam com incentivos financeiros. Todas elas se inserem nas redes regionais, por exemplo, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) (Figura 4) indica transversalmente aos vários pontos de atenção, a importância da organização de processos de trabalho de acolhimento, educação permanente, informação e regulação. Insere instrumentos de gestão do cuidado como no caso da importância e centralidade que tem na RUE o acolhimento com classificação de risco, baseado no Protocolo de Manchester que define o tempo máximo de atendimento por escala de cores identificadas em pulseiras recebidas pelo paciente, após aplicação de algoritmo de risco, aplicado por enfermeiros.

**Figura 4 – Componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências**



Fonte: SAS/MS, 2011.



## LINHAS DE CUIDADO

O desenho de linhas de cuidado representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, como conexão, tanto de cada uma das ações de promoção, proteção, cura, controle e de reabilitação quanto entre elas. Seria um modo de articular as diversas ações de saúde na busca da integralidade e podem ser pensadas tanto no trato das questões individuais como na formulação de políticas de atenção.

As linhas de cuidado à saúde individual garantem às pessoas a produção articulada de ações de vigilância ou de assistência, segundo suas necessidades (demandadas ou detectadas), num fluxo ágil e desembaraçado em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária) e, entre estes, garantindo a referência e a contrarreferência responsável, até a recuperação ou ganhos de bem-estar e autonomia no modo de viver daquele indivíduo.

As linhas de cuidado individual, preferencialmente, devem estar a cargo das equipes de atenção primária, responsáveis por determinada população adstrita, que a acolhe, discriminando riscos, e, a partir do projeto terapêutico mais adequado, conduz as pessoas por fluxos de atenção previamente organizados, incluindo a referência aos demais níveis de atenção. Esta seria a forma de atuar, também, na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, na qual equipes corresponsáveis podem iniciar ou dar continuidade às linhas de cuidado, realizando ações específicas e, na prática da referência e contrarreferência, constituindo a matriz horizontal dos níveis de complexidade em contraposição à matriz vertical. Desse modo, podem-se desenhar linhas de cuidado individual para agravos (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, desnutrição etc.) ou para determinadas situações da vida (gravidez/parto/puerpério, crescimento e desenvolvimento infantil, idoso etc.).

O desenho de uma linha de cuidado individual permite a condução oportuna dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, sempre em resposta às necessidades detectadas. As linhas de cuidado pressupõem, também, uma visão global das dimensões da vida dos usuários (de sua individualidade, de seu contexto familiar, de moradia e vizinhança, de trabalho e cultural) e uma resposta global. Para além das respostas fragmentadas de profissionais isolados, as linhas de cuidado pedem respostas complementares de um trabalho em equipe. As linhas de cuidado nas situações de vida ou de agravos, para não se constituírem em programas intervencionistas que ditam hábitos e comportamentos, devem fomentar, também, ações de autocuidado, como uma construção, por parte dos indivíduos, de novos modos de conquistar a sua autonomia, a partir de informações fornecidas e reflexões catalisadas pelos profissionais de saúde. Em escala coletiva, será preciso pensar estratégias de ressignificação dos hábitos,

costumes e comportamentos, por meio de atividades lúdicas, de lazer, de fazer e fruir artes, enfim, de atividades culturais que contribuam para os ganhos de bem-estar e autonomia.

Assim, ao se tratar das linhas de cuidado, necessariamente devem estar em pauta as estratégias de vinculação dos usuários às equipes de profissionais e o desenho de uma matriz de responsabilização destes para com a atenção integral à saúde. Podem-se, desse modo, delinear a adstrição de indivíduos, famílias, grupos ou mesmo de territórios às equipes de unidades de saúde, que seriam as responsáveis e as produtoras das linhas de cuidado. As linhas de cuidado, baseadas no vínculo e na responsabilização, podem ser implementadas se forem resultantes de uma nova forma de constituir políticas de saúde a partir do consenso dos diferentes grupos de interesses, concepções, valores e práticas presentes no campo da Saúde; rumo à construção de modos de produzir a atenção à saúde centrada no cuidado, nos usuários e na vida.

## REFERÊNCIAS

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista, contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** 1975. 261 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 Inter-federativa, e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 2 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Manual **Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.** Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** Brasília, 2013.

CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C.; REIS, A. T. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público.** São Paulo: Xamã, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **A reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478. jul./set. 1997.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, set/out, 2004.

FRANCO, T. B. **Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde**. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas, 2003.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 26, p. 37-61, 2002.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica**. Rio de Janeiro: Campus, 1988. 152 p.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, jul. 2012.

\_\_\_\_\_. **Alinhamento conceitual sobre rede de atenção à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde 2008: cuidados de saúde primária: agora mais que nunca**. [Geneva, 2008].

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington, DC: OPAS, 2010. (Série la renovación de la atención primaria de salud en las Américas, n. 4).

REIS, A. T. **Modelos tecno-assistenciais em Belo Horizonte, de 1897 a 1964: em direção a uma compreensão sobre a produção de serviços de saúde**. 2002. 201 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998. 143 p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S. M. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. A.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

VILLABI JUNIOR, G. A. et al. Corrigir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 21, n. 1, p. 47-54, enero 1998.



# MÓDULO 2 – REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

**Oficina 2.1 – Contratação de  
Serviços de Saúde**

**Oficina 2.2 – Controle e Monitoramento  
nos Serviços de Saúde**

**Oficina 2.3 – Informação e Avaliação**



## Oficina 2.1 – Contratação de serviços de saúde

### Objetivo

- Promover a reflexão da necessidade em formalizar a relação entre gestor e prestador de serviços de saúde e sua interface com a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria.

### Conteúdos

- Contratação dos serviços de saúde.
- Relação dos contratos com os processos de gestão.
- Instrumentos para contratação.

### Atividades

- Leitura do texto base e discussão do caso **“A Santa Casa de Recaminho”**
- Reflexão e roteirização para dramatização das seguintes questões:
  - Qual a necessidade e a importância da revisão do contrato da Santa Casa de Recaminho?
  - Quais as cláusulas imprescindíveis para o novo contrato e como deve ser o plano operativo?
- Dramatização das disputas que envolvem a relação gestor (sr. Candido) e prestador (direção da Santa Casa de Recaminho) no processo de controle e monitoramento do novo termo de contrato, abordando os itens anteriormente discutidos.
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

## “A SANTA CASA DE RECAMINHO”



A Santa Casa de Recaminho é um hospital filantrópico que está sob gestão municipal. O secretário de Saúde do município de Recaminho solicitou ao sr. Cândido, responsável pelo setor de Avaliação e Controle do município, um relatório do hospital tendo em vista o estabelecimento de uma nova relação com este prestador. Sr. Cândido realizou um levantamento da produção assistencial do último ano. Observou que o número de internações/mês se mantinha constante. A taxa de ocupação de leitos estava em torno de 50%, o tempo médio de internação era de oito dias para todas as clínicas, inclusive Pediatria. Realizaram poucos partos. Após o levantamento decidiu fazer uma visita ao Hospital e entregou ao secretário de Saúde relatório com as seguintes considerações:

1 – O hospital não tem serviço de arquivo médico e de estatística organizados e, por isso, os prontuários não são arquivados adequadamente. Constatou também que não há normativa que determine a forma e o conteúdo a ser descrito nos prontuários, esses estão incompletos e mal preenchidos. Foram encontrados “bilhetes” para os médicos prorrogarem a data da alta e anotações do tipo: “evoluindo bem”, “sem queixas”, “manter prescrições”.

2 – A digitação dos dados no SIH está sob a responsabilidade do setor de Enfermagem. Existem pilhas de AIHs que são rejeitadas ao serem digitadas no Sistema de Informação Nacional, por inúmeros motivos. Não está atualizada a lotação/vinculação dos profissionais de saúde às unidades de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), os instrumentos de coleta de dados estão mal preenchidos, com letras ilegíveis e algumas prescrições são discordantes com o diagnóstico etc.

3 – A fila para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos está sob a posse dos médicos especialistas do hospital. As solicitações para a execução desses procedimentos são feitas por procura direta dos usuários. São atendidas independentemente da programação e da regionalização estabelecida entre os

gestores. O hospital se caracteriza por internar os pacientes do Pronto-Socorro, sem critérios de priorização.

4 – Há relatos de que a compra de medicamentos e materiais do hospital é recorrentemente solicitada aos usuários.

5 – A Santa Casa não tem ouvidoria instalada. O horário de visitas é limitado, não existe horário de entrevista para os familiares com os médicos, a orientação no momento da alta hospitalar é precária.

6 – Não são descritas, na forma de Ata, as reuniões das comissões de controle de infecção hospitalar, de avaliação de prontuários e nem de avaliação de óbitos.

7 – A ausência completa de proposta de educação permanente e de valorização de desempenho para os profissionais ficou evidente, assim como ações de atenção à saúde do trabalhador.

Sr. Cândido finaliza o relatório informando ao secretário de Saúde que todos os problemas estão sendo verificados, e as ações para solução farão parte do plano operativo do novo acordo. Agendou uma reunião com a direção do hospital para discutir esses pontos e avançar no processo de formalização contratual.

## CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE



Contratação é o ato de firmar o instrumento contratual de prestação de serviços.

O processo de contratação consiste em um conjunto de atos, desde a detecção da necessidade de complementação da rede, em todas as relações pactuadas e formalizadas entre gestores e estes com prestadores de serviços de saúde, com estabelecimento de obrigações recíprocas, envolvendo todas as formas de repasse de recursos financeiros, como as habilitações nas condições de gestão, os protocolos de compromisso entre entes públicos, os consórcios interestaduais, as parcerias, os contratos e os convênios.

No Brasil, a compra de serviços de saúde, pelo setor público, acompanhou a grande expansão da oferta de serviços privados de assistência hospitalar ocorrida na década de 70 financiada pelo Estado. A compra dos serviços dava-se de forma desordenada, não sendo consideradas as necessidades da população, pautada na lógica da oferta da rede privada, sem acompanhamento, e com o agravante de que algumas não tinham mecanismos legais que pudessem oferecer legitimidade na relação entre as partes. A ausência de formalização contratual aliada ao repasse de recursos públicos como pagamento caracteriza contrato tácito, o que fere um dos princípios do direito administrativo, sendo, portanto, essa prática vedada por lei. Os gestores do SUS, considerando as necessidades locais e regionais da Rede de Assistência à Saúde, devem definir a quantidade e quais serviços serão necessários para a complementação da oferta da rede pública, estabelecendo o alicerce que pautará os termos dos contratos a serem firmados com o setor complementar.

O estabelecimento da regularização jurídica do processo de compra e de prestação de serviços, considerando as necessidades da população local ou referenciada, mediante a formalização de contratos, nos quais estejam contidos, de forma clara, os direitos e deveres de cada uma das partes representam ganhos para os gestores do Sistema Único de Saúde. Com a vinculação desses serviços à regulação da oferta segundo a demanda/necessidades, o gestor passa a contar com uma poderosa ferramenta que possibilitará a avaliação e o controle da assistência ofertada na perspectiva de torná-la mais eficiente, eficaz e efetiva para os usuários do SUS.

#### EMBASAMENTO LEGAL

- Constituição Brasileira de 1988: artigo 19; artigo 199.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde: art. 4º; art. 24; art. 25.
- Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
- Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.
- Portaria GM/MS nº 1.034, de 5 de maio de 2010.
- Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.

Na construção do processo de compra de serviços de saúde, cabe ao gestor:

- Considerar que as ações e os serviços de saúde que integram o SUS constituem uma rede regionalizada e hierarquizada, assim, os serviços complementares estão inseridos dentro da lógica de prestação integral de saúde aos usuários do SUS.
- Compreender que o processo não está restrito às áreas jurídicas e de licitação. Devendo outras instâncias da gestão, como epidemiologia e vigilância sanitária, controle, avaliação e regulação, auditoria, planejamento e financeiro, participarem da definição das necessidades de compra de serviços de saúde e do planejamento do processo.

#### Relação dos contratos com os processos de gestão

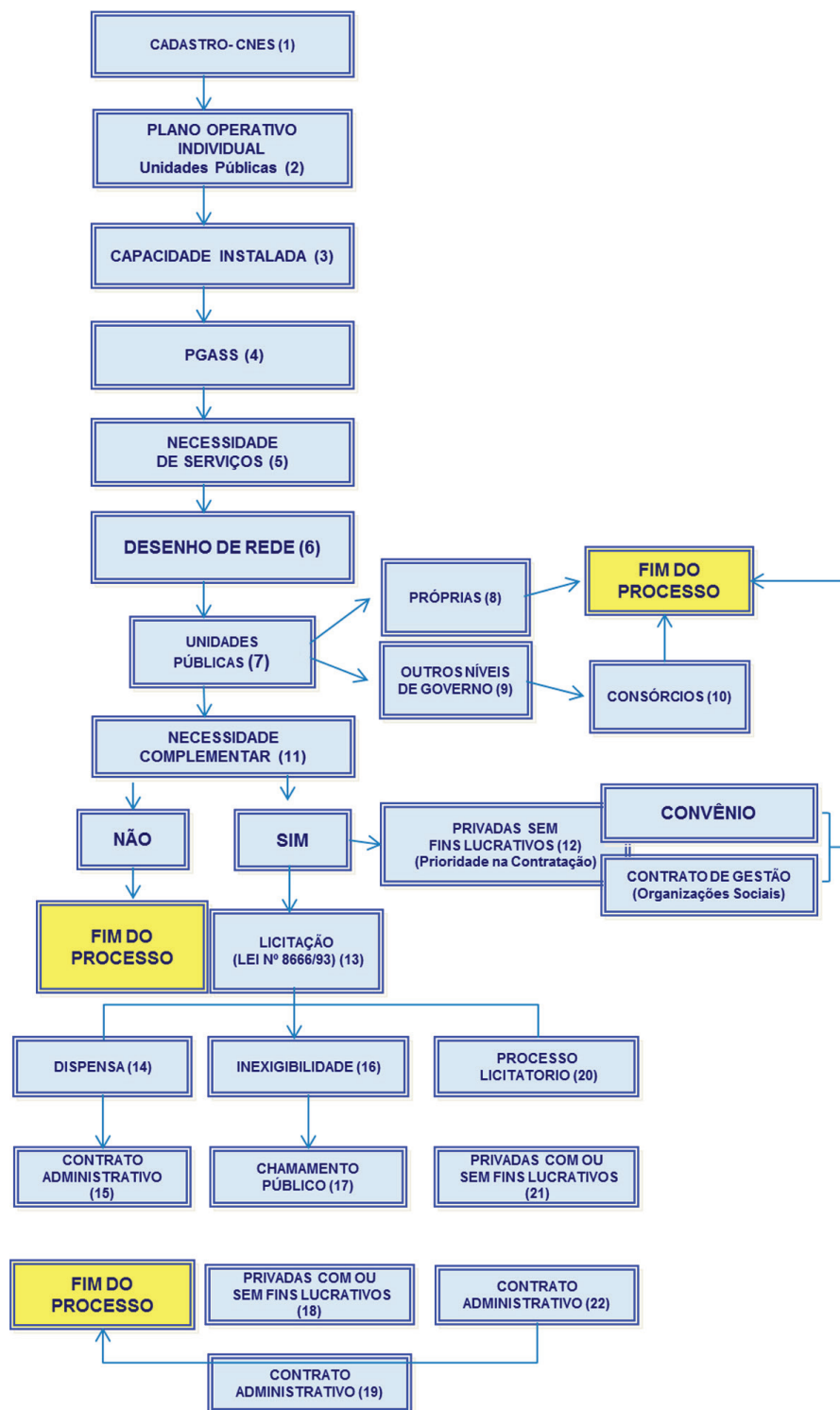
**Necessidade/PGASS** – O contrato será firmado com base nas necessidades locais e naquelas decorrentes da Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde Integrada (PGASS), que visam ao atendimento das populações de outros municípios.

**Cadastro** – O cadastro permite verificar a capacidade potencial dos serviços, demonstrando os serviços possíveis de serem realizados pelo estabelecimento de saúde, considerando-se a capacidade de recursos humanos e a estrutura física por serviço/procedimento, bem como a capacidade que já está comprometida com outros contratos/convênios.

**Controle** – O contrato instrumentaliza o processo de controle e de avaliação da entidade contratada a ser desenvolvido. Os contratos são indutores da melhoria dos serviços prestados, proporcionando maior garantia dos direitos dos usuários e legitimam a transferência de recursos públicos à iniciativa privada.

**Regulação** – No contrato deve ficar estabelecido de forma clara que o objeto contratado será colocado para o acesso dos usuários por meio do complexo regulador e fluxos determinados pelo gestor do contrato.

Figura 1 – Esquema de Contratação de Serviços de Saúde



Fonte: MS/DRAC/CGRA, 2006.

### Legenda:

1. O gestor de Saúde, no momento do planejamento consulta o Cnes verificando a sua capacidade.
2. Ele deve elaborar um Plano Operativo de cada unidade pública sob sua gerência para fins de identificação da necessidade de complementação de serviços e organização de rede.
3. Obtém, assim, a sua Capacidade Instalada.
4. Recebe a necessidade apontada pela PPI/PGAAS.
5. Calcula a Necessidade de Serviços.
6. Após ter consultado esses dados, o gestor terá o seu desenho de rede.
7. Verifica as Unidades Públicas existentes.
8. Verifica que a rede própria é capaz de suprir as necessidades da população, não havendo necessidade de complementação haverá o fim do processo.
- 9 e 10. Caso o gestor constate que a rede própria é insuficiente, haverá necessidade de complementação. Havendo instituições de outras esferas de governo ele complementará com o PCEP, fim do processo.
11. Caso, com os serviços públicos de saúde devidamente contratados ainda seja verificada a necessidade de complementação da rede, o gestor deverá recorrer aos serviços da rede privada.
12. Verificada a existência de entidades filantrópicas, estas terão prioridades. O gestor poderá firmar convênio ou contrato de gestão diretamente com a instituição.
13. Havendo necessidade de complementação com o setor privado de fins lucrativos, o gestor deverá sempre fazer a licitação conforme determina a Lei nº 8.666/1993.
14. A licitação será dispensável, conforme o contido no art. 24, da Lei nº 8.666/1993.
- 15,19 e 22. O gestor celebrará contrato administrativo. Fim do processo.
16. A inexigibilidade ocorrerá conforme o art. 25 da Lei nº 8.666/1993.
17. Quando a licitação for inexigível porque o gestor manifestou o interesse de contratar todos os prestadores, ele poderá fazer uso do procedimento de Chamada Pública, onde será aberto um edital chamando todos os prestadores que se enquadrem nos requisitos constantes do edital a se cadastrarem e contratarem com a Administração Pública.
- 18 e 21. A realização do procedimento licitatório gerará um contrato administrativo com entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

## PROCESSOS DE COMPRA DE SERVIÇOS

A **Licitação** é uma exigência constitucional obrigatória para toda a administração, prevista no art.37, XXI da Constituição Federal de 1988 e estabelecida pela Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, que visa regulamentar a contratação de bens e serviços pela Administração Pública. É um procedimento administrativo mediante o qual a Administração Pública tem a possibilidade de escolha da proposta mais vantajosa para a contratação de seu interesse. Desenvolve-se por meio de sucessão de atos que buscam propiciar igualdade a todos os interessados, atuando como fator de eficiência e moralidade nos negócios jurídicos.

“Processo que se destina a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração”. Será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade,



da proibidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhes são correlatos. Art. 3 – Lei nº 8.666/1993.

**A Inexigibilidade, exceção à licitação**, ocorre quando houver a impossibilidade de competição entre os futuros licitantes, caso em que há apenas um estabelecimento de saúde no município ou quando o gestor manifestar o interesse em contratar todos os estabelecimentos de um determinado local, que pode ser um bairro, um distrito de saúde etc. (art. 25, Lei nº 8.666/1993).

A inexigibilidade também poderá ser configurada quando o gestor tiver a necessidade de contratar todos os prestadores de serviço de seu território ou de determinada área (bairro, distrito etc.), instalando-se, assim, a impossibilidade de competição entre os concorrentes. Deve ser justificada e devidamente instruída, seu processo deve conter elementos de fato e de direito que comprovem de maneira indiscutível a impossibilidade de competição.

A licitação será dispensada única e exclusivamente nos casos previstos no art. 24 da Lei de Licitações.

Em caso de inexigibilidade, o gestor deverá realizar um processo público para contratação dos serviços de saúde, ou seja, a **chamada pública**, procedimento por meio do qual o gestor público informa, por meio de edital, a todos os prestadores localizados em sua base territorial, o seu interesse de contratar serviços de saúde com base nas necessidades complementares de sua rede, pelos valores definidos na tabela SUS.

O Edital de Chamada Pública deve explicitar:

- As normas e os requisitos operacionais e legais exigidos dos serviços no processo de habilitação.
- Os procedimentos/serviços a serem comprados, com os valores correspondentes, a serem praticados.
- O modelo de contrato a ser firmado.
- Demonstrativo da programação de compra de serviços (quantitativa e orçamentária).
- Critérios de classificação dos prestadores – adotar indicadores da Vigilância Sanitária e outros que possam medir qualitativamente os serviços.
- Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (FCES).
- Alvará da Vigilância Sanitária.
- Circular da Secretaria de Saúde a todos os prestadores de serviços de saúde divulgando todo o processo.

### O edital de Licitação

No decorrer do processo de licitação, a Administração Pública e os proponentes somente poderão praticar atos previstos no edital (princípio da *Vinculação ao*

*Instrumento Convocatório*). Uma vez fixadas as regras para a licitação, estas se tornam inalteráveis durante todo procedimento, assim, o edital é a lei interna da licitação.

É imprescindível que todos os itens que compõem o edital de licitação (objeto, prazo, preço, o contrato a ser firmado etc.) estejam minuciosamente descritos.

**Modalidade de licitação** é a forma específica de conduzir o procedimento licitatório, a partir de critérios definidos em lei. Segundo o art. 22 da Lei nº 8.666/1993, são modalidades de licitação:

- I – **Concorrência:** Modalidade da qual podem participar quaisquer interessados que na fase de habilitação preliminar comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução do objeto da licitação.
- II – **Tomada de preços:** Modalidade realizada entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação.
- III – **Convite:** Modalidade realizada entre interessados do ramo de que trata o objeto da licitação, escolhidos e convidados em número mínimo de três pela Administração. No Convite, para que a contratação seja possível, são necessárias pelo menos três propostas válidas, isto é, que atendam a todas as exigências do ato convocatório. Não é suficiente a obtenção de três propostas. É preciso que as três sejam válidas. Apesar de não ser obrigatória a divulgação esta deve ser feita oferecendo maior transparência ao processo.
- IV – **Concurso:** É a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores, conforme critérios constantes de edital publicado na imprensa oficial com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias.
- V – **Leilão** – É a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para a venda de bens móveis inservíveis para a administração ou de produtos legalmente apreendidos ou penhorados, ou para a alienação de bens imóveis previstas no art. 19, a quem oferecer o maior lance, igual ou superior ao valor da avaliação.

O valor estimado para contratação é o principal fator para escolha da modalidade de licitação, exceto quando se trata de pregão, que não está limitado a valores.

Tabela 1 – Tabela de valores para Licitações (Lei Federal nº 9.648, de 27/5/1998)

Modalidade	Prazo	Compras ou Serviços	Obras ou serviços de Engenharia
<b>DISPENSA</b>		Até R\$ 8.000,00	Até R\$ 15.000,00
<b>CONVITE</b>	5 dias úteis	Acima de R\$ 8.000,00 Até R\$ 80.000,00	Acima de R\$ 15.000,00 Até R\$ 150.000,00
<b>TOMADA DE PREÇOS</b>	15 dias corridos	Acima de R\$ 80.000,00 Até R\$ 650.000,00	Acima de R\$ 150.000,00 Até 1.500.000,00
<b>CONCORRÊNCIA</b>	30 dias corridos	Acima de R\$ 650.000,00	Acima de R\$ 1.500.000,00
<b>PREGÃO PRESENCIAL</b>	8 dias úteis	Bens e serviços de uso comum	Não válido
<b>PREGÃO ELETRÔNICO</b>	8 dias úteis	Compras e serviços	Não válido

Fonte: MS/DRAC/CGRA, 2006.

## Pregão

Modalidade de licitação instituída pela Lei nº 10.520, de 2002, em que a disputa pelo fornecimento de bens ou serviços comuns é feita em sessão pública. Pode ser presencial ou na forma eletrônica. A modalidade presencial é regulamentada pelo Decreto nº 3.555, de 2000; A modalidade eletrônica é regulamentada pelo Decreto nº 5.450, de 2005. A utilização do pregão destina-se, exclusivamente, à contratação de bens e serviços comuns, conforme disposições contidas na legislação citada. Nessa modalidade de licitação, os licitantes apresentam suas propostas de preço por escrito e por lances que podem ser verbais ou na forma eletrônica independentemente do valor estimado da contratação.

Nas contratações para aquisição de bens e serviços comuns para entes públicos ou privados, realizadas com recursos públicos da União, repassados mediante celebração de convênios ou instrumentos congêneres, ou consórcios públicos, será obrigatório o emprego da modalidade pregão, preferencialmente na forma eletrônica, conforme estabelece o art. 4º, § 1º do Decreto nº 5.504, de 2005.

## INSTRUMENTOS PARA CONTRATAÇÃO

Para proceder à contratação de serviços de saúde, o gestor pode utilizar diversos instrumentos, que serão adotados de acordo com a natureza do objeto a ser contratado. Entre eles, destacam-se:

**Convênio** – convênio pode ser definido como forma de ajuste entre poder público e entidades públicas ou privadas, para a realização de objetivos de interesse comum, mediante mútua colaboração, ou seja, todas as partes têm um só objetivo. Assim, convênio pode ser utilizado para regular a relação com as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos, quando houver o interesse mútuo em promover a saúde da população. Pelo disposto no art. 199, §1º da Constituição Federal, tais entidades têm prioridade na participação complementar da rede pública de saúde.

Para serem consideradas filantrópicas estas entidades devem obter certificação. Com a publicação da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, a responsabilidade de certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social (Cnas) passa para o Ministério da Saúde, da Educação e da Assistência Social, de acordo com a área de atuação preponderante das entidades.

O Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social na Área de Saúde (Cebas) é concedido pelo Ministério da Saúde à pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecida como Entidade Beneficente de Assistência Social com a finalidade de prestação de serviços na área de Saúde, cumpridas as condições definidas pela legislação. A obtenção do Cebas possibilita às entidades a isenção das contribuições sociais, em conformidade com a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, e a celebração de convênios com o poder público, entre outros. As mudanças decorrentes da legislação em vigor trazem novo olhar para a certificação na área de Saúde, com foco no fortalecimento da gestão do SUS e na melhoria do acesso aos serviços, com a potencialização das ações para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Outro importante aspecto a ser observado é a inserção de ações prioritárias de saúde no conjunto de critérios para a comprovação da prestação de serviços ao SUS, para fins de certificação. “A pactuação dessas ações ocorre no âmbito dos estados e dos municípios e abrangem as áreas de Atenção Obstétrica e Neonatal, Oncológica, Urgências e Emergências, Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas e Hospitais de Ensino”

As entidades filantrópicas devem ofertar a prestação dos seus serviços ao SUS seguindo o disposto na Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, em seu art. 4º:

“I – Celebrar contrato, convênio ou instrumento congênere com o gestor do SUS;

II – Ofertar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento)”

A instituição deve manter atualizadas as informações do sistema de Comunicação de Internação Hospitalar (CIHA), conforme determinações do Ministério da Saúde.

**Contrato Administrativo** – Ajuste firmado entre poder público e prestadores privados com ou sem fins lucrativos quando o objeto do contrato for a compra de serviços numa lógica de pagamento por produção, seguindo os ditames da Lei nº 8.666/1993. O objeto do contrato deverá estabelecer metas por produção.

Contrato administrativo, segundo Meirelles (2003), é o ajuste que a administração pública firma com particular ou outra entidade administrativa para a consecução de objetivos de interesse público, nas condições estabelecidas pela própria administração.

Um contrato administrativo tem como características básicas a consensualidade, pois consubstancia a vontade entre as partes; a formalidade, pois deve ser realizado por escrito; a onerosidade, pois é remunerado na forma convencionalizada entre as partes; a comutatividade, pois gerará obrigações recíprocas e equivalentes para as partes e *intuitu personae* (em razão da pessoa), ou seja, o objeto somente poderá ser realizado pelo próprio contratado.

O contrato administrativo possui uma característica que lhe é específica – a exigência de uma licitação prévia, que só será dispensável ou inexigível nos casos expressamente previstos em lei.

**Contrato de Gestão** – O Contrato de Gestão, segundo Meirelles (2003), não é um contrato propriamente dito, pois não há interesses contraditórios, é mais bem-conceituado como um acordo de Direito Público. Sua finalidade básica é possibilitar a Administração fixar metas e prazos de execução a serem cumpridos pela entidade privada ou pelo ente da administração indireta, a fim de permitir melhor controle de resultados.

Mais utilizado como forma de ajuste entre a administração pública direta e entidades da administração indireta ou entidades privadas que exercem atividades paralelas às ações do Estado. O contrato de gestão é estabelecido por tempo determinado, ficando a entidade sujeita a controle de resultado para verificação do cumprimento das metas estabelecidas.

O contrato de gestão também está previsto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, julgada constitucional pelo Superior Tribunal de Justiça, como instrumento para estabelecer vínculo jurídico entre Organizações Sociais (OS) e a administração pública, quando o objetivo do contrato for a transferência da gestão de uma instituição pública para a OS.

O contrato de gestão, quando celebrado com entidades da administração indireta, tem por objetivo ampliar a sua autonomia; porém quando celebrado com Organizações Sociais, restringe-se a exigências contidas no contrato de gestão.

#### DIFERENÇAS BÁSICAS ENTRE CONTRATOS E CONVÊNIOS:

- No contrato os interesses são opostos e contraditórios, no convênio eles são recíprocos.
- Os entes conveniados têm objetivos institucionais comuns e, se reúnem para alcançá-los.
- No convênio as partes buscam um resultado comum; no contrato as vontades “são antagônicas, se compõe, mas não se adicionam”.
- Para a efetivação de um contrato é imprescindível o processo licitatório, já no convênio a licitação é inexigível, pois não há viabilidade de competição.
- No convênio há uma mútua colaboração, o que pode ocorrer de diversas formas: repasse de recursos, uso de equipamentos, recursos humanos, materiais e imóveis, não se menciona preço, que é uma característica dos contratos.
- No contrato, o valor pago a título de remuneração integra o patrimônio da entidade que o recebeu; no convênio a entidade conveniada deve utilizar o valor recebido para a execução de determinada atividade que for a ajustada. Dessa forma, o valor repassado não perde o caráter público, só podendo ser utilizado para os fins explicitados no convênio, por esse motivo, a entidade conveniada fica obrigada a prestar contas sobre a utilização do recurso público aos órgãos de controle interno e externo.

**Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – (PCEP)** A Portaria GM/MS nº 161, de 21 de janeiro de 2010, em seu art. 2º, define o PCEP como instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob a gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra. Em seu art. 4º, parágrafo único, determina a obrigatoriedade de Plano Operativo que deverá conter:

I – Definição das metas físicas das unidades, atendimento ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com seus quantitativos e fluxos de referência e contrarreferência;

II – Definição das metas de qualidade e;

### III – Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão.

**Parcerias** – Forma de relacionamento entre o poder público e a sociedade civil, criada pela Lei nº 9.790/1999 que: “Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências”.

No art. 9º desta lei fica instituído o Termo de Parceria, assim considerado o instrumento passível de ser firmado entre o poder público e as entidades qualificadas como organizações da sociedade civil de interesse público destinado à formação de vínculo de cooperação entre as partes, para o fomento e a execução das atividades de interesse público previstas no art. 3º desta Lei.

**Consórcios Públicos** – 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.

**Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (Coap)** – Tem como objeto a organização e a integração das ações de saúde dos entes federativos de uma região de saúde em Rede de Atenção à Saúde (art. 3º, Resolução nº 02 de 29/9/2011 – CIT).

Estabelecerá para cada ente signatário as responsabilidades executivas, orçamentário-financeiras e de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria, como forma de garantia da integralidade da assistência à saúde (Parágrafo único, art. 3º Resolução nº 02 de 29/9/2011 – CIT).

Definido pelo art. 2º, inciso II do Decreto nº 7.508/2011:

Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

#### **Cláusulas essenciais nos Contratos e Convênios**

A Lei nº 8.666/1993, em seu art. 55, aponta como **cláusulas essenciais** nos contratos e convênios as listadas a seguir:

- O objeto e seus elementos – especificações, quantidade a ser contratada.

- O regime de execução dos serviços.
- O preço e suas condições de pagamento, os critérios, a data-base e periodicidade do reajuste de preços, os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento.
- A vigência do contrato.
- O crédito pelo qual correrá a despesa, com a sua classificação funcional-programática e da categoria econômica.
- As garantias oferecidas para assegurar sua plena execução, quando exigidas.
- Os direitos, obrigações e as responsabilidades das partes, as penalidades cabíveis e os valores das multas.
- Os casos de rescisão.
- O reconhecimento dos direitos da Administração, no caso de rescisão administrativa (inexecução total ou parcial do contrato) – art. 77 da Lei nº 8.666/1993.
- A vinculação ao edital de Chamada Pública e ao processo de inexigibilidade.
- A legislação aplicável à execução do contrato e especialmente aos casos omissos.
- A obrigação do contratado de manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Chamada Pública.

### **Portarias GM/MS nº 3.390/2013 e nº 3.410/2013**

Para ordenar o relacionamento dos gestores do SUS com os estabelecimentos hospitalares, o Ministério da Saúde publicou as **Portarias GM/MS nº 3.390, de 30 de abril de 2013, e nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013.**

A Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 – Institui a **Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP)** no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no SUS. Suas disposições aplicam-se a todos os hospitais, públicos ou privados, que prestem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

A Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013 – Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As disposições desta Portaria se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS, conforme a seguir:

- I – Públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais.
- II – Privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais.



III – Privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS.

Cabe ao gestor definir a área de abrangência, a população referenciada, a contratação de ações e serviços de acordo com o perfil assistencial do hospital e baseados nas necessidades epidemiológicas da região, bem como no Plano de Ação Regional das Redes Temáticas.

É importante que a gestão estabeleça o financiamento de forma tripartite, constituindo a regulação das ações e dos serviços contratados considerando os fluxos de referência e contrarreferência, municipal, estadual e regional, implementando protocolos para a regulação do acesso pactuados com a atenção básica e especializada, conforme a Política Nacional de Regulação.

Cabe ao gestor definir:

- A área de abrangência e a população referenciada.
- A contratação de ações e serviços de acordo com o perfil assistencial do hospital e baseados nas necessidades epidemiológicas da região, bem como no Plano de Ação Regional das Redes Temáticas.
- Estabelecer o financiamento de forma tripartite.
- Constituir a regulação das ações e dos serviços contratados, considerando os fluxos de referência e contrarreferência municipal, estadual e regional.
- Implementar os protocolos para a regulação do acesso conforme a Política Nacional de Regulação.
- Instituir e garantir o funcionamento regular da Comissão de Acompanhamento do processo de contratação, controlando, monitorando, avaliando e auditando, quando necessário, as ações e os serviços contratados.
- Cumprir as regras de alimentação e processamentos dos sistemas de informação do SUS.

O processo de contratação dos hospitais deve ter em vista os eixos definidos na Portaria MS/MG nº 3.390/2013:

### **O Eixo de Gestão Hospitalar**

I – Garantia do acesso e qualidade da assistência.

II – Cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor.

III – Eficiência e transparência da aplicação dos recursos.

IV – Planejamento participativo e democrático.

A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com: o papel do hospital na rede, a implementação de fluxos regulatórios, a contratualização e os critérios de monitoramento e avaliação.

Deverão ser garantidos o registro e a atualização regular dos dados nos sistemas oficiais de informação do SUS.

### **Eixo de Assistência Hospitalar**

A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso. Atuará de forma integrada aos demais pontos de atenção da RAS e com outras políticas de forma intersetorial, mediadas pelo gestor, para garantir resolutividade da atenção e continuidade do cuidado.

O acesso à atenção hospitalar será realizado de forma regulada, a partir de demanda referenciada e/ou espontânea, assegurando a equidade e a transparência, com priorização por meio de critérios que avaliem riscos e vulnerabilidades. O acesso à atenção hospitalar será organizado em consonância com as diretrizes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e da Política Nacional de Regulação, de forma pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou Comissão Intergestores Regional (CIR). As Portas Hospitalares de Urgência e Emergência deverão implementar acolhimento e protocolo de classificação de risco e vulnerabilidades específicas. A equipe de saúde será integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais. O modelo de atenção hospitalar contemplará um conjunto de dispositivos de cuidado que assegure o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente.

O gerenciamento dos leitos será realizado na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente por meio da implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) ou Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH) com o objetivo de aumentar a ocupação de leitos e aperfeiçoar a utilização da capacidade instalada, melhorando o atendimento ao usuário.

O hospital deve implantar os núcleos de Segurança do Paciente nos moldes descritos na Resolução da Diretoria Colegiada RDC – nº 36, de 25 de julho de 2013.

O hospital deverá dispor de visita aberta, de forma a garantir a ampliação do

acesso dos visitantes ao pronto-socorro e às unidades de internação, favorecendo a relação entre o usuário, seus familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.

Os usuários internados, especialmente os idosos, as gestantes, as crianças, os adolescentes e os indígenas, possuem direito a acompanhante 24 horas por dia.

O direito de crianças e adolescentes de brincar será assegurado, assim como o direito de estudar, que será implementado de acordo com o estabelecido pela Secretaria de Educação estadual, distrital e municipal em articulação com gestor de saúde local.

A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado, será realizada por meio de:

- I – Orientação aos usuários e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado.
- II – Articulação da continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da RAS, em particular com a Atenção Básica.
- III – Implantação de mecanismos de desospitalização, visando às alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS.

### **Do Eixo de Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho**

Todos os espaços de produção das ações e serviços de saúde no SUS constituem-se em campo de prática para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica em saúde, devendo os hospitais integrantes do SUS desempenhar importante papel na formação, tanto para suas equipes como para o matriciamento dos trabalhadores dos demais pontos de atenção da RAS, de acordo com o pactuado com os gestores.

Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde quanto de Educação Permanente em Saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde.

Conforme o estabelecido na Portaria GM/MS nº 3.410/2013, os hospitais contratados deverão monitorar os seguintes indicadores gerais:

- I – Taxa de ocupação de leitos.
- II – Tempo médio de permanência para leitos de clínica médica.
- III – Tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos.
- IV – Taxa de mortalidade institucional.

Os hospitais contratados que disponham de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) monitorarão, ainda, os seguintes indicadores:

I – Taxa de ocupação de leitos de UTI.

II – Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC).

Poderão ser criados e monitorados outros indicadores considerando as pactuações entre o gestor público de saúde e os hospitais.

Quanto ao financiamento descrito na Portaria GM/MS nº 3.410/2013, que dispõe sobre todos os recursos públicos de custeio e investimento que compõem o orçamento do hospital, fica determinado que sejam informados no instrumento formal de contratação com identificação das respectivas fontes, (federal, estadual, distrital ou municipal) sendo necessária também a descrição de valor estimado relativo às renúncias e isenções fiscais e subvenções de qualquer natureza na hipótese de contratualização com hospitais privados sem fins lucrativos.

Faz a definição de:

I – Incentivo financeiro.

II – Orçamentação global.

III – Orçamentação parcial.

IV – Valor pós-fixado.

V – Valor pré-fixado.

E em seu art. 16, a referida portaria menciona que os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos serão financiados, preferencialmente por orçamentação parcial, ou seja, a forma de financiamento composta por um valor pré-fixado e um valor pós-fixado, de acordo com o perfil assistencial, infraestrutura, recursos humanos e seu papel na RAS.

O valor pré-fixado será composto por:

I – pela série histórica de produção aprovada da média mensal dos 12 (doze) meses anteriores à celebração do contrato da média complexidade;  
e

II – por todos os incentivos de fonte federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, com detalhamento de tipo e valor, vinculados ao alcance das metas qualiquantitativas, definidos no parágrafo 1º do artigo 17 da Portaria GM/MS nº 3.410/2013.

A parte pós-fixada será composta pelo valor de remuneração dos serviços de Alta Complexidade e do Faec, calculados a partir de uma estimativa das metas físicas, remunerados de acordo com a produção autorizada pelo gestor contratante.

O gestor público de saúde do ente federativo contratante poderá definir valores adicionais às partes pré-fixada e pós-fixada, caso tenha capacidade de

financiamento com fonte própria.

No que se refere à contratação, a Portaria define que o instrumento formal deve ser composto por dois instrumentos indissociáveis:

I – O termo do instrumento formal de contratação.

II – O Documento Descritivo.

Para fins da contratação hospitalar, recomenda-se que todos os instrumentos formais que envolvam a prestação de ações e serviços de saúde em um mesmo estabelecimento sejam celebrados pelo gestor público de saúde do respectivo ente federado contratante, mesmo havendo a oferta e cofinanciamento de ações e serviços por outro ente federado.

A contratação poderá ser firmada, dentre outros, pelos seguintes instrumentos:

I – Convênio.

II – Contrato.

III – Contrato de Gestão.

IV – Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP).

V – Termo de Parceria.

VI – Termo de Compromisso ou Contrato de Gestão.

O Documento Descritivo é o instrumento de operacionalização das ações e serviços planejados de gestão, assistência, avaliação, ensino e pesquisa, acrescido das especificidades locais e anexo ao termo do instrumento formal de contratação devendo conter, no mínimo:

I – A definição de todas as ações e serviços de saúde, nas áreas de assistência, gestão, ensino e pesquisa, que serão prestados pelo hospital.

II – A definição de metas físicas com os seus quantitativos na prestação dos serviços e ações contratadas.

III – A definição de metas qualitativas na prestação das ações e serviços contratados.

IV – A descrição da estrutura física, tecnológica e recursos humanos necessários ao cumprimento do estabelecido no instrumento formal de contratação.

V – A definição de indicadores para avaliação das metas e desempenho.

VI – A definição dos recursos financeiros e respectivas fontes envolvidas na contratação.

O Documento Descritivo terá validade máxima de 24 meses, devendo ser renovado após o período de validade, podendo ser alterado a qualquer tempo quando acordado entre as partes e as alterações serão objeto de publicação oficial.

O repasse dos recursos financeiros aos hospitais contratados será realizado de maneira regular, condicionado ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Documento Descritivo.

O valor pré-fixado dos recursos serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma:

- I – Quarenta por cento condicionados ao cumprimento das metas qualitativas.
- II – Sessenta por cento condicionados ao cumprimento das metas quantitativas.

O não cumprimento das metas quantitativas e qualitativas pactuadas e discriminadas no Documento Descritivo implicará na suspensão parcial ou redução do repasse dos recursos financeiros pelo gestor local.

A Comissão de Acompanhamento da Contratação será instituída pelo contratante e será composta, no mínimo, por um representante do contratante e um representante do hospital. Esta comissão deverá monitorar a execução das ações e serviços de saúde pactuados e deve:

- I – Avaliar o cumprimento das metas quali-quantitativas e físico-financeiras.
- II – Avaliar a capacidade instalada.
- III – Readequar as metas pactuadas, os recursos financeiros a serem repassados e outras que se fizerem necessárias.

A composição da Comissão será objeto de publicação no Diário Oficial do ente federativo contratante ou publicação equivalente.

Todas as esferas de gestão do SUS, respeitadas as competências, deverão realizar o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratados.

Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros.

O processo de contratação, estabelecido nas Portarias nº 3.390/2013 e nº 3.410/2013, caminha para a discussão da pactuação entre os gestores dos sistemas de saúde e os prestadores de serviços para além do processo e do ato formal da contratação. Gestores e prestadores devem estabelecer efetiva parceria e formular as metas que deverão ser cumpridas pelas partes, observando a realidade da rede de saúde local, possibilitando o estabelecimento de contratos financiados de acordo com o cumprimento das metas estabelecidas.

As referidas metas devem estar inseridas em áreas consideradas estratégicas e prioritárias, fundamentadas nos princípios e nas diretrizes do SUS. Objetivam garantir o acesso qualificado e a inserção na rede com definição do perfil assistencial da instituição, explicitando o seu compromisso em relação à assistência, ao atendimento qualificado e humanizado com definição das responsabilidades

destes e dos gestores na educação permanente, na formação de profissionais de saúde, na qualificação e na democratização da gestão com aprimoramento no processo da gestão hospitalar, e na área de pesquisa e avaliação tecnológica no caso dos hospitais universitários. Nesse processo são fundamentais as comissões de acompanhamento em que todos os atores possam ter participação, inclusive o cidadão no exercício do controle social do SUS.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. Constituição Federal (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993**. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8666cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8666cons.htm)>. Acesso em: 9 out. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para Contratação de Serviços de Saúde**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.034, de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 85, 6 maio 2010. Seção 1, p. 58. Republicada por ter saído com incorreção no original.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 142, de 27 de janeiro 2014 (IGH)**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão Hospitalar (IGH), de que trata a Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142\\_27\\_01\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0142_27_01_2014.html)>. Acesso em: 2 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 161, de 21 de janeiro de 2010**. Dispõe sobre o art. 3º que passa a ser designado Protocolo de Cooperação entre

Entes Públicos. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0161\\_21\\_01\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0161_21_01_2010.html)>. Acesso em: 2 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.114, de 7 de outubro de 2010**. Dá nova redação ao art. 8º da Portaria GM/MS nº 1.034, 5 de maio de 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3114\\_07\\_10\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3114_07_10_2010.html)>. Acesso em: 2 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 2 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.410, de 30 de dezembro 2013**. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html)>. Acesso em: 2 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html)>. Acesso em: 25 ago. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A estratégia de Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS**. Brasília, abr. 2008. Versão para construção com CONASS e CONASEMS.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Controle Interno. **Licitações e contratos: orientações básicas**. 3. ed. rev., atual. e ampl. Brasília, 2006.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 3. ed. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Regulação em saúde**. Brasília, 2011. 126 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011; 10).

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os Contratos?: Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 629-643, 2003.

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro** São Paulo: Malheiros, 2003.



## Oficina 2.2 – Controle e monitoramento nos serviços de saúde

### Objetivos

- Promover a reflexão das práticas de controle e monitoramento das ações de assistência no SUS.
- Promover a reflexão do reconhecimento e do papel da auditoria no SUS como ferramenta de gestão, integrada aos processos de planejamento, regulação, avaliação e controle.

### Conteúdos

- Evolução das ações de controle dos serviços de saúde.
- Processos de trabalho inerentes ao controle das ações e dos serviços de saúde no SUS.
- Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.
- Controle da assistência ambulatorial.
- Controle da assistência hospitalar.
- Monitoramento em saúde.
- Auditoria em saúde no SUS.

### Atividades

- Leitura do texto base e discussão: **“O caso de Beira Rio”**
- Reflexão e registro das seguintes questões:
  - Por que o controle da produção e serviços é necessário?
  - Qual a relação dos termos de contratos com o controle e a auditoria?
  - Como o gestor pode exercer o controle da produção?
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

## “FRAUDES NO SUS”

O município de Beira Rio, capital do estado, detém 60% do parque tecnológico médico-hospitalar do estado, razão pela qual mantém pactuação com muitos outros municípios, inclusive Recaminho, para a assistência de alta complexidade. Conta com seis unidades prestadoras de serviços de diferentes perfis cadastrais e de credenciamento para a alta complexidade, em neurocirurgia e cirurgia cardiovascular incluindo serviços habilitados como Cacon.

Pela manhã, ao ler o *clipping* de notícias de outros estados, o secretário de Saúde depara-se com a manchete: “FRAUDES NO SUS”

“Para um paciente conseguir uma cirurgia eletiva pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é preciso passar por atendimento na atenção básica, ser encaminhado ao serviço especializado e aguardar o agendamento. Mesmo com essa organização, as cirurgias cardíacas pelo SUS viraram alvo de um esquema de desvios de recursos públicos, com envolvimento de médicos, funcionários e empresas fornecedoras de próteses, que foi desarticulado ontem pela Polícia Federal e pelo Ministério Público Federal. Sete pessoas foram presas por suspeita de participação nas fraudes, incluindo três médicos.”

Segundo as investigações, nos últimos anos foram desviados R\$ 5 milhões por meio das fraudes na região. “Acreditamos que o mesmo tipo de fraude se estenda por todo o território nacional, o que precisa ser investigado”, disse o delegado-chefe.

As fraudes eram patrocinadas por duas empresas fornecedoras de materiais médicos e hospitalares que pagavam propinas aos médicos para que eles simulassem a realização de cirurgia para colocação de stent (tubo que desobstrui artérias do coração), comercializado pelas referidas distribuidoras. Na prática, no entanto, não havia necessidade do procedimento. As próteses eram compradas sem que houvesse necessidade da cirurgia.

Dessa forma, os médicos envolvidos criavam um estoque paralelo de stents – que, mesmo já pagos com recursos do SUS, eram usados em pacientes particulares. Um laudo de solicitação de autorização do procedimento era emitido para o autorizador do município, relatando a necessidade da cirurgia e do uso da prótese.

As investigações avançaram e apontam esquema semelhante para outras próteses, como as espirais de platina utilizadas nas cirurgias de aneurisma cerebral e s instalação de marca-passos, com a simulação do pagamento de serviços que não são prestados na prática”



A partir dessa leitura o secretário de Saúde se preocupa em saber quantas cirurgias cardiovasculares e neurocirurgias estão programadas, quantas estão sendo autorizadas e realizadas em Beira Rio e se a auditoria tem confirmado os procedimentos. Marca, então, reunião com sua equipe de planejamento, controle e auditoria para avaliar a situação do município.

## EVOLUÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA ATENÇÃO À SAÚDE



A descentralização do SUS exige que o controle sobre as ações e os serviços esteja efetivamente implantado em cada nível de gestão, uma vez que os estados e os municípios são os responsáveis pela contratação dos serviços e pela aplicação dos recursos financeiros destinados ao custeio da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Historicamente, as práticas, as estruturas e os instrumentos de controle, avaliação e auditoria das ações de saúde estiveram, predominantemente, associados ao “faturamento” da produção dos serviços.

Caso o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) atuasse com os prestadores privados contratados, utilizando como ferramentas formulários de captura de dados de produção visando à autorização de gastos, em um sistema de saúde universal e de assistência integral, como o SUS, essa visão é insuficiente. Com o SUS o controle ganhou aspectos muito mais amplos, embora se utilize das mesmas ferramentas: os sistemas de registros sobre informação de produção.

Os sistemas cada vez mais tendem a deixar de serem apenas sistemas de registro de produção com vistas ao faturamento e passem a ser utilizados como ferramentas de gestão, com foco principal na qualidade de serviços e no direito do cidadão apresentando informações adequadas para a tomada de decisões.

A história do SUS e do extinto Inamps mostra que a constituição de instâncias de controle e avaliação se deu de forma concomitante e atrelada à construção de sistemas de informações da assistência à saúde, com suas respectivas tabelas de procedimentos que passaram a fomentar grande base histórica de dados da produção ambulatorial e hospitalar utilizadas para pagamento de valores apurados por intermédio desses mesmos sistemas de registro de informações de produção das ações realizadas pelo prestador, atualmente, o financiamento da assistência vai além do pagamento de faturas referentes aos serviços realizados.

Para o controle de gastos com a atenção hospitalar utilizou-se, de 1976 a 1983, a Guia de Internação Hospitalar (GIH), que pagava por atos e insumos e constituía

o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH). A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foi criada em 1981 e implementada em nível nacional em 1984, e pagava por procedimentos (conjunto de atos e insumos) com valores predefinidos. Ela alimentou, até 1991, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que foi substituído pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH), vigente até hoje. Para o controle dos gastos com a atenção ambulatorial, o Inamps utilizava as guias de pagamentos globais dos serviços prestados como a Autorização de Pagamentos e, de 1984 a 1998, a Guia de Autorização de Pagamento (GAP). Tais formas de controle da produção ambulatorial foram substituídas por um novo sistema de informação, baseado no registro de procedimentos, denominado Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

O SIA começou a ser utilizado em alguns estados a partir de 1991, sendo implantado nacionalmente, em 1994. Diferente do SIH, o SIA não exigia dados dos usuários, sendo constituído por registros dos quantitativos mensais de procedimentos por níveis de complexidade ou especialidade, realizados em cada estabelecimento e informados por meio de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

As principais ações de controle executadas pelo Inamps eram baseadas na revisão dos prontuários médicos dos hospitais, dos formulários das AIHs, dos boletins de atendimento de urgência (BAU), das GAPs de clínicas e laboratórios e, posteriormente, dos BPAs.

A Lei nº 8.080/1990, em seu artigo 18, I, estabelece que compete à direção municipal do SUS “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”. Já em seu artigo 15, I, define como atribuição comum da União, estados, Distrito Federal e municípios a “definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde”.

No entanto, essas funções de controle somente passaram a ser desenvolvidas pelos estados e municípios, a partir das exigências trazidas pela NOB 93, que foram reafirmadas pela NOB 96 e pela Noas 01/2002, como pré-requisito à habilitação na condição de gestão plena do sistema municipal e estadual.

De modo sintético, pode-se afirmar que na história do SUS, de 1990 a 1993, as atividades de controle e avaliação eram desenvolvidas de forma centralizada pela esfera federal, pelo Inamps e só a partir da NOB 93, e depois com a NOB 96 e Noas 2002, é que estados e municípios passaram a implantar e desenvolver ações de controle contábil, financeiro e assistencial dos prestadores de serviços de saúde sob sua gestão. Esse desenvolvimento foi desigual entre os gestores, dependendo da compreensão, das práticas e das finalidades postas pelas orientações políticas de cada período de governo, ora mais tendente ao

bem público ora mais atravessado por interesses particulares. Em que pese a importância do controle e da avaliação para a geração de informação e para a gestão em saúde, por suas inter-relações com as variadas áreas que a integram, desde o planejamento ao replanejamento e auditoria do sistema, até hoje as ações têm sido mais focadas no controle de pagamento e muito pouco em avaliação, voltado principalmente para os processos e não considerando os resultados.

O controle das ações e dos serviços de saúde constitui-se em um processo gerencial que contempla:

- Cadastramento dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais e dos usuários.
- Credenciamento dos estabelecimentos e, se necessário, o encaminhamento dos processos para habilitação, bem como monitoramento e fiscalização do cumprimento dos critérios.
- Programação orçamentária por estabelecimento, na esfera ambulatorial.
- Autorização das internações, dos procedimentos especializados e de alta complexidade.
- Monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial.
- Monitoramento e revisão da informação da produção de cada estabelecimento.
- Processamento das informações que demonstram a produção e das que viabilizem o pagamento dos serviços prestados.
- Controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos estabelecimentos de saúde.
- Monitoramento e avaliação da produção, inclusive a relação entre programação, produção e pagamento.
- Monitoramento, controle e avaliação da produção de cada serviço com base no plano operativo.
- Avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos por meio de análise de dados, acompanhamento de indicadores e verificação dos padrões de conformidade.

Estas ações de controle estão mais diretamente ligadas à assistência, sendo os prestadores públicos, privados com ou sem fins lucrativos e filantrópicos os principais objetos dessas ações, e devem integrar um amplo processo de gestão que inter-relaciona várias funções de um sistema de saúde como planejamento, programação, contratação, regulação do acesso e avaliação de serviços e sistemas de saúde.

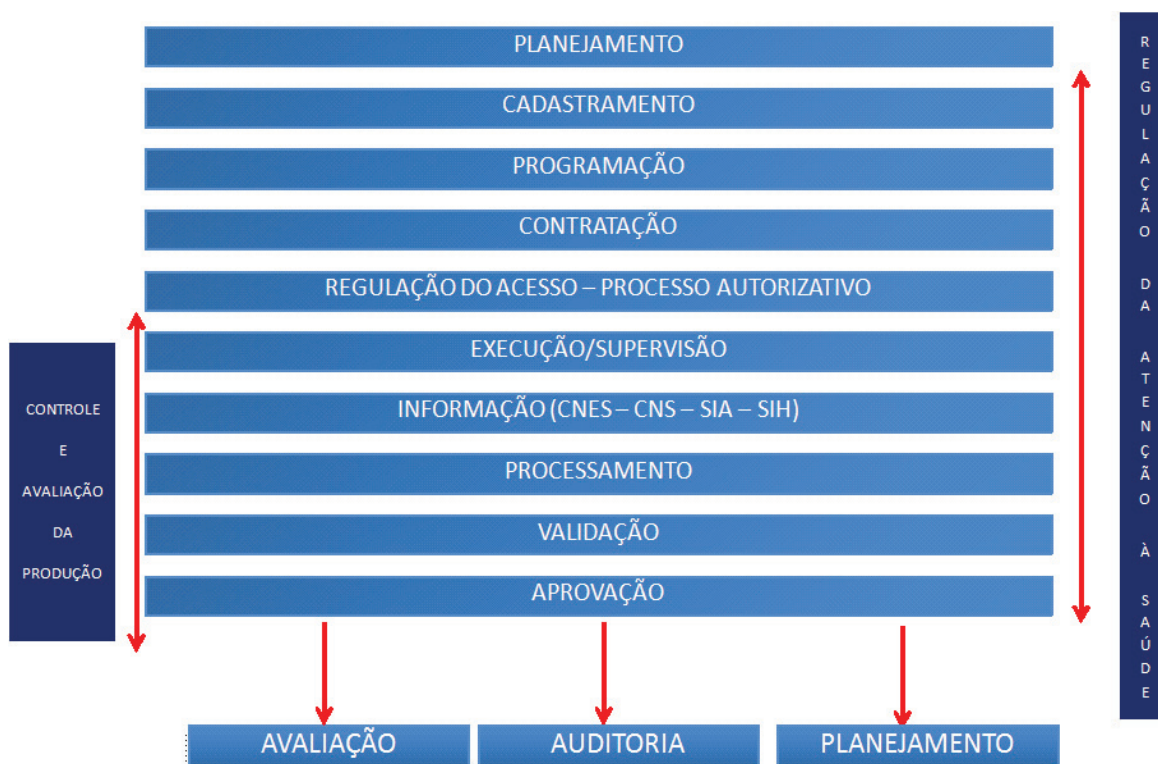
A atividade de planejamento, ao basear-se nas necessidades assistenciais, fixa parâmetros de produção, rendimento ou cobertura dentro das prioridades

definidas e deve estar garantida pelo orçamento, alocado segundo a Programação, orientando assim a contratação de serviços para suprir as insuficiências identificadas no planejamento assistencial. Os estabelecimentos devem ser cadastrados e, quando for o caso, devidamente credenciados/habilitados. A Programação deve orientar a programação físico-orçamentária (FPO) dos estabelecimentos ambulatoriais, viabilizar a autorização da produção e estar integrada à regulação do acesso aos serviços de saúde.

A informação resultante da produção dos serviços, que deve ser continuamente supervisionada e monitorada, retroalimenta o planejamento, demanda auditorias e gera indicadores para a avaliação e melhoria da atenção à saúde.

O controle, ao estar integrado à contratação, à regulação do acesso e à avaliação das ações e serviços de saúde, compõe a Regulação da Atenção à Saúde. A Figura 1 a seguir apresenta um diagrama demonstrando a inter-relação das áreas.

**Figura 1 – Diagrama de inter-relação das áreas de controle**



Fonte: CCGRA/DRAC/SAS/MS.

## CONTROLE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL NO SUS

O controle da assistência ambulatorial concretiza-se nas ações da Gestão da Informação. O processamento da produção ambulatorial é feito por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), para os procedimentos da atenção básica, média e alta complexidade.

Para que o processamento seja adequado enquanto instrumento de controle, é imprescindível que as ferramentas do sistema estejam à disposição:

- Contratos e convênios firmados com a rede de prestadores e seus planos operativos.
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), atualizado sistematicamente.
- Programação Física e Orçamentária atualizada (FPO).
- Cartão Nacional de Saúde (CNS) de usuários e profissionais de saúde.
- Infraestrutura mínima capaz de processar o SIA-SUS, incluindo equipamento compatível com o volume de informações que por sua vez é proporcional ao tamanho e à complexidade da rede assistencial, técnicos capacitados para executar o processamento, que devem estar sintonizados com as políticas de regulação do SUS nas diversas esferas de gestão.

O processamento SIA-SUS inclui alguns passos que devem ser seguidos, rotineiramente. A produção apresentada e sem erros será aprovada, primeiramente, no limite da quantidade programada (FPO). Após, será verificado se há possibilidade de aprovação de quantidade superior ao orçado pelo nível de apuração, que verifica o limite financeiro.

Durante o processamento, deve-se realizar a conferência dos procedimentos apresentados com a programação e autorização, além de verificar a veracidade destes, possibilitando um registro condizente com a real prestação de serviços e desta com o programado. Essa atividade pode se estender após o processamento para conferências específicas, sendo que por três competências é possível o ajuste por Boletim de Diferença de Pagamento\BDP, permitindo o débito ou reapresentação com novo BPA.

A revisão da produção ambulatorial é uma atividade de verificação preliminar que possibilita a compatibilização dos valores lançados com os autorizados, e indica que os recursos foram aplicados conforme o programado. Trata ainda da conferência, do confronto entre os conteúdos do Boletim de Produção Ambulatorial consolidado, individualizado e da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (Apac) versus os comprovantes dos atendimentos. Esta conferência pode ser realizada por amostragem, priorizando os prestadores não públicos e determinados procedimentos estratégicos de acordo com o porte e a complexidade da rede local e, obrigatoriamente, dos apontados nos relatórios de advertência.



A revisão ambulatorial deve funcionar ainda como um elo entre o controle, a avaliação e a auditoria, uma vez que por meio da observação, da análise e da constatação de irregularidades da produção dos prestadores, demanda-se apuração mais detalhada e, se necessário, as ações de auditoria.

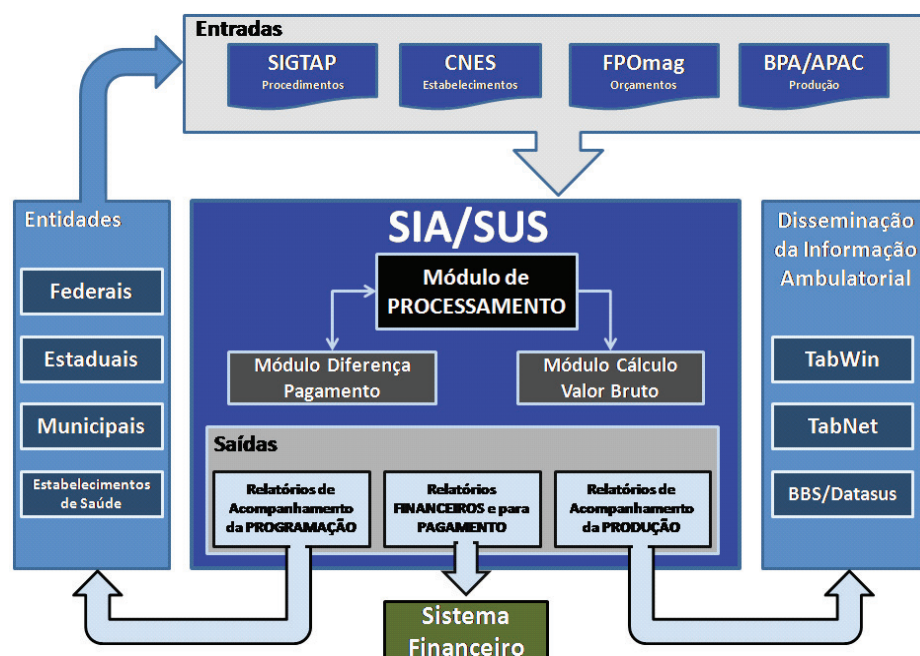
Mais que controlar a produção é necessário controlar a informação.

Apesar de não estarem disponíveis sistemas informatizados, formulários impressos ou rotinas padronizadas para o trabalho de revisão, cabe ao controle e à avaliação desenvolver a metodologia e os instrumentos que melhor atendam às suas prioridades de revisão previamente definidas e compatíveis com a infraestrutura de cada um.

Entre as ações de controle é importante a atividade de acompanhamento da produção de serviços, realizada de forma sistemática, durante a execução dos procedimentos. Essa ação pode acontecer *in loco* e/ou com as Centrais Reguladoras, no sentido de autorizar a emissão de Apac e de autorizar determinados procedimentos especiais, considerados prioritários pelo gestor, bem como contribuir para o acompanhamento da qualidade, da adequação às necessidades dos usuários e melhoria do acesso.

A Figura 2, a seguir, apresenta o diagrama completo de processamento ambulatorial e os sistemas envolvidos.

**Figura 2 – Diagrama do processo de processamento ambulatorial e os sistemas envolvidos**



Fonte: DRAC/SAS/MS.

## **SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SUS – SIGTAP**

Em janeiro de 2008 foi implantada a tabela unificada de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, com o objetivo principal de integração das bases de informações de produção do SUS (SIA/SIH) com a lógica de procedimento único nos registros hospitalares e ambulatoriais, facilitando a identificação do procedimento e do registro da informação, aumentando a confiabilidade do dado e, dessa forma, permitindo que ele sirva de subsídio para o planejamento, a programação, a regulação, a avaliação, o controle e a auditoria.

Quando da unificação das tabelas novos atributos para os procedimentos foram incluídos: modalidade de atendimento (incluindo assistência domiciliar), instrumento de registro (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado – BPA-C, Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado – BPA-I, Autorização de Procedimento Alto Custo/Alta Complexidade – Apac principal e secundária, AIH principal, especial e secundário, Registro das Ações Ambulatoriais da Saúde – RAAS), Classificação Brasileira de Ocupações 2002\CBO (substituindo a especialidade profissional) e incremento (percentual associado a determinadas habilitações) e outros alterados, como faixa etária (substituído por idade), quantidade máxima permitida, serviço/classificação, mantendo CID, sexo, compatibilidade, habilitação, complexidade, tipo de financiamento, idade mínima e máxima permitida, especialidade do leito, média de permanência, entre outros.

Os procedimentos diagnósticos que estavam em Apac como a radiologia, medicina nuclear, tomografia e a saúde mental passam a ser apresentados por meio do Bpai, o que permite o registro da morbidade ambulatorial e identificar a procedência do paciente. Cabe ao gestor definir a inclusão de outros procedimentos em Bpai que julgar conveniente, assim como a manutenção ou a necessidade de autorização prévia, com vistas ao controle.

Destaca-se que na AIH todos os profissionais de nível superior (odontólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta etc.) devem ser identificados por meio do CNS e respectivos CBO e não somente médicos, permitindo observar o padrão de atenção no serviço.

Muito se discute sobre a utilização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) em substituição a especialidade profissional. Cabe esclarecer que a CBO representa a atividade que o profissional exerce na instituição e não, necessariamente, a sua especialidade ou título. Um mesmo profissional pode ter mais de uma atividade (CBO) na instituição e essa característica deve ser considerada na avaliação do serviço.

Os atributos instituídos para cada procedimento, ao serem identificados pelas críticas no processamento da produção (SIA/SIH), permitem a análise das distorções frente a padrões estabelecidos (série histórica, literatura acadêmica ou diretriz normativa), possibilitando as intervenções necessárias.

Os atributos e, principalmente, as compatibilidades operacionalizados por meio de críticas no sistema de captação e processamento buscam trazer a observação de protocolos clínicos e técnicos para a lógica da produção, permitindo que sejam realizados procedimentos dentro das melhores práticas. No entanto, é importante observar que não é a tabela de procedimentos, ou melhor, o Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos (Sigtap) que faz a gestão do sistema de atenção à saúde. Ele deve ser instrumento fiel de padronização de registro do que é realizado e ajustar-se permanentemente a isto. Mais do que confrontar ações com o Sigtap por meio de críticas no sistema, cabe ao gestor avaliar a realização dessa ação: se está sob regulação, se está prevista no plano municipal e no contrato do serviço, se é adequada ou não, se encontra-se dentro de padrões estabelecidos na literatura, considerando as exceções e percebendo a necessidade de revisão dos atributos já estabelecidos.

O Sigtap pode ser acessado diretamente na *web* ou ser instalado por meio de sua versão *desktop*. A coordenação técnica e o gerenciamento da tabela instituída, quanto às alterações, às inclusões ou exclusões de procedimentos e aos respectivos atributos, é de responsabilidade exclusiva da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC). A inclusão de procedimentos na Tabela deverá estar amparada por critérios técnicos baseados em evidência científica e diretrizes clínicas, bem como de estudo de custo, ficando tais informações sob a responsabilidade de cada área técnica proponente do Ministério da Saúde. A inclusão de novos procedimentos passa pela incorporação da tecnologia aprovada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec).

### **Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – Apac**

A Apac, implantada como Autorização de Procedimentos de Alta complexidade em 1996, inicialmente para Terapia Renal Substitutiva (TRS), introduz no SIA a identificação de usuários com respectivos diagnósticos e procedimentos realizados, até então uma exclusividade do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

O processo de autorização inicia-se com a solicitação do procedimento por meio de um laudo de emissão de Apac que contém informações sobre o usuário, o estabelecimento e profissional solicitantes, a patologia e o(s) procedimento(s), e que deve ser previamente autorizado desde que haja compatibilidade entre todos os dados informados e a programação. Após a autorização do laudo o gestor emite a Apac I – formulário que autoriza o prestador a registrar a Apac

II magnética para o faturamento, após a realização do(s) procedimento(s) principal e secundários, que será processada e comporá a base de dados do subsistema da Apac-SIA. Existem três tipos de Apac:

- Inicial: emitida ao início do tratamento do usuário, depois de definidos o diagnóstico e o plano terapêutico e atualizada a cada três meses.
- Continuidade: emitida para paciente já cadastrado no sistema que necessita da continuidade do tratamento, nos dois meses subsequentes a Apac inicial.
- Única: para os procedimentos que se encerram em um único atendimento (exemplo: cirurgia, litotripsia).

## CONTROLE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR NO SUS

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), é o sistema que processa as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), contém informações que viabilizam o processamento dos serviços hospitalares prestados ao SUS por meio da captação de dados de registros em prontuário de pacientes internados, relativas a, aproximadamente, 1 milhão de internações/mês em todo Brasil. Suas informações subsidiam as atividades do controle, avaliação e vigilância epidemiológica em todo o território nacional e estão disponíveis para consulta podendo ser tabuladas por estabelecimento, município, estado e região, por meio de produtos desenvolvidos pelo DATASUS, gerados a partir do processamento da AIH e por meio de tabulações disponibilizadas via internet.

O laudo de solicitação de emissão de AIH é apresentado pelos serviços de assistência e encaminhado para área de regulação/controle que emite o número da AIH para o hospital.

Os laudos utilizados pelo SIH são:

- Laudo Médico para emissão de AIH – Documento utilizado para solicitar a internação do paciente em hospitais que prestam serviço ao SUS, devendo ser preenchido corretamente em todos os campos.
- Laudo Médico para solicitação de realização de procedimentos especiais ou mudança de procedimento.

Após a emissão da AIH, o hospital estará apto para apresentar sua produção quando da alta do paciente digitando os dados no sistema de captação de informações (SISAIH01).

O prestador do serviço realiza a entrada das AIH referentes ao seu movimento hospitalar daquela competência no SISAIH01. Os dados são enviados ao gestor que os processa, critica, valida, consolida e valora. O bloqueio só pode ser feito pelo SIHD de forma automática ou estabelecido pelo gestor e pode ocorrer após avaliação das AIH, antes do fechamento do processamento, em situações específicas, para uma análise mais criteriosa. A forma básica de valoração da

AIH obedece ao princípio da remuneração fixa por procedimento principal, e o valor é subdividido para pagamento dos serviços hospitalares (SH) que inclui os serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT) e dos serviços profissionais médicos (SP).

Quando forem realizados procedimentos especiais, seus valores são agregados ao do procedimento principal da AIH, podendo assim existir diferentes valores de AIH para um mesmo procedimento principal. Da mesma forma, haverá agregação na AIH quando se utilizam órteses, próteses e materiais especiais (OPM). Os procedimentos especiais e as OPM têm códigos específicos que constam na Tabela Unificada do SUS, com seus atributos, incluindo quantidade máxima permitida e compatibilidade com o procedimento principal ou especial.

No final do mês, em data estabelecida pelo gestor, haverá encaminhamento das AIH emitidas para proceder ao processamento e gerar os vários relatórios do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD) incluindo, no pré-processamento, os relatórios de duplicidades bloqueadas, de solicitação de exclusão de críticas de idade, de quantidade acima da máxima, de permanência a menor, CNS duplicado ou sem CNS e o de AIH com CID de Doenças de Notificação Compulsória que deverão, obrigatoriamente, ser analisados pelo gestor para permitir ou não o processamento das AIH bloqueadas pelo sistema.

### **Sistema de Informações Hospitalar Descentralizado – SIHD**

O SIHD tem como principal objetivo permitir o processamento das AIH de forma descentralizada, nas Secretarias de Saúde, no âmbito municipal, estadual e Distrito Federal, garantindo maior autonomia ao gestor local no processamento das informações relativas a internações hospitalares, permitindo, inclusive, adicionar valores complementares para aportar recursos adicionais oriundos de receitas próprias (Portaria GM/MS nº 1.606/2001), de acordo com seu Plano de Saúde, e realizar melhor acompanhamento das ações planejadas.

O SIHD instrumentaliza o controle e a avaliação, permitindo análises dos autorizadores/auditores antes do encerramento do processamento, por meio de um “Menu controle avaliação do SIHD”, que permite bloquear a AIH para análise posterior ou correção, cancelar a AIH indevida ou liberar a AIH para o processamento final. Todas as AIH da apresentação podem ser acessadas, mas parte delas é automaticamente bloqueada pelo sistema, sendo obrigatórias a análise e conclusão pelo gestor. São bloqueadas pelo sistema as AIH de duplicidade, ou seja, o mesmo paciente com mais de uma AIH, as AIH com solicitação de exclusão de crítica de permanência (internação não atingiu a metade do tempo do atributo permanência média), as que ultrapassaram a quantidade máxima estabelecida, as de paciente fora da faixa etária preconizada, as de pacientes diferentes com o mesmo CNS ou, ainda, as de pacientes sem CNS.

No final do processamento, o SIHD envia a apresentação ao sistema central possibilitando o acesso às informações pelo Ministério da Saúde.

Cabe ao gestor definir, monitorar e controlar cada hospital do município, como, por exemplo, na utilização de OPM, algumas com percentuais de uso estabelecidos em portarias próprias, assim como alguns procedimentos de alta complexidade. Em relação à taxa de cesariana, é importante verificar a pactuação do gestor estadual com o Ministério da Saúde e qual foi à taxa pactuada na CIB, com vistas ao acompanhamento desse índice nos hospitais locais.

## **MONITORAMENTO EM SAÚDE**

O termo monitoramento é utilizado em vários campos do conhecimento, com diversos significados, como acompanhar e avaliar, acompanhar e analisar sistematicamente, controlar mediante acompanhamento, olhar atentamente, observar ou controlar com propósito especial. Destacamos uma das definições para monitoramento no campo específico da Saúde Pública apresentada por Last: “elaboração e análise de mensurações rotineiras visando detectar mudanças no ambiente ou no estado de saúde da comunidade”. Seguindo essa linha, descrevem-se princípios e procedimentos fundamentais para se instituir um sistema de coleta de dados para acompanhamento dos problemas de saúde mais destacados, visando aportar subsídios ao diagnóstico e análise de situação de saúde na perspectiva de implantação do modelo de Vigilância da Saúde.

Segundo AGUILAR e ANDER-EGG, “o seguimento [monitoramento] é um processo analítico que, mediante um conjunto de atividades, permite registrar, compilar, medir, processar e analisar uma série de informações que revelam o curso ou desenvolvimento de uma atividade programada”.

Uma forma de monitoramento utilizada é o estabelecimento de eventos sentinelas, caracterizados como eventos únicos ou raros apontando mudanças em padrões esperados de ocorrência, comumente utilizados em Saúde Pública.

Dentro dos Sistemas de Informação SIA têm eventos, em particular o SIA-Apac e SIH, que podem ser identificados por meio de relatórios de advertência, relatórios de rejeição, baseados em inconsistências e pelos bloqueios de registros. Alguns relatórios do SIA, por exemplo, consideram o percentual relativo esperado de alguns procedimentos que, quando ultrapassado, geram advertência.

O monitoramento pode ser feito, também, por intermédio da análise de outros documentos produzidos no âmbito da gestão, tais como Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Agenda Municipal de Saúde, os contratos de serviços, entre outros.

## A IMPORTÂNCIA DO REGISTRO E ACOMPANHAMENTO SISTEMÁTICO DE INFORMAÇÕES DO SIA E SIH

O monitoramento da produção é uma ação sistemática e contínua para a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde que possibilita por meio das informações do SIA e SIH:

- A identificação de distorções que alertam para a necessidade de auditorias.
- A melhoria de critérios para a contratação.
- A redefinição de protocolos para a regulação do acesso aos serviços.
- O reajuste de programação físico-orçamentária.
- Ações de avaliação e replanejamento.
- O acompanhamento de gastos e da qualidade dos serviços prestados.
- A realocação de recursos por nível de atenção e programas prioritários.
- A reorganização da rede para a pactuação intergestores.
- O acompanhamento da produção dos estabelecimentos de saúde.

O Ministério da Saúde disponibiliza, por meio do site do DATASUS, softwares de extração de dados, TabWin/TabNet, que permitem o monitoramento por intermédio de elaboração de planilhas e relatórios de acordo com as necessidades do gestor.

O monitoramento deve ser realizado em todos os níveis da atenção à saúde e pode explicitar o modelo de atenção adotado e a adequada alocação dos recursos disponíveis. Ele também mostra possíveis distorções de programação, encaminhamentos, autorizações e cobranças (orçado x autorizado x apresentado x pago).

Solicitações abusivas e desnecessárias, por exemplo, procedimentos de imagenologia, exames laboratoriais específicos, terapia renal substitutiva, radioterapia e quimioterapia, uso de OPM, cirurgias de alta complexidade desorganizam o sistema e geram gastos excessivos. Por isso, o controle deve estar sempre atento, no sentido de garantir um processo autorizativo que observe os protocolos, inclusive os dos próprios SIA e SIH; e ainda realizar a necessária revisão técnica e administrativa amostral e mensal das contas ambulatoriais e hospitalares.

### MONITORAMENTO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Os diversos relatórios emitidos pelo SIA-SUS e pelo SIH-SUS podem ser usados não apenas no dia a dia do controle e avaliação, para

uma gestão eficiente do sistema, mas, também, podem ser úteis para identificar e conhecer o perfil do usuário e as suas necessidades, indicadores de morbidade, perfil demográfico da patologia, procedência de demanda, percentual de consultas e internações suscetíveis à atenção básica, em que estágio da patologia tem acesso ao tratamento pelo sistema público, permitindo avaliar a efetividade da linha de cuidados.

Para se conhecer a abrangência da assistência ao paciente, contemplando o princípio da integralidade, é imprescindível que se considere tanto a produção do SIA-SUS, como também a do SIH-SUS. Sendo assim, o gestor deve avaliar todos os serviços que estão sendo prestados por cada prestador, público ou privado.

Alguns pontos devem ser enfatizados:

- É papel de o gestor público verificar a observância às normas.
- Os contratos assinados entre os prestadores e o SUS implicam não apenas na prestação de serviços, mas também que esses serviços tenham qualidade e integralidade, que o acesso a eles seja universal e em condições de igualdade, seja qual for o estado de saúde do cidadão que demanda esse tipo de cuidado.
- Os sistemas SIH e SIA são de informações, que subsidiam os gestores, mas não estruturam o SUS, e não são somente sistemas de “caixa”, de cobrança e pagamento de procedimentos, como costuma ser visto por prestadores, administradores de unidades públicas e privadas e gestores do SUS.

O monitoramento, que se traduz em vigilância da atenção à saúde, é uma ação de controle de vital importância para a produção de conhecimento e subsidiar o planejamento em saúde e as decisões oportunas e eficazes do gestor.

## RELATÓRIOS DE SAÍDA GERADOS PELOS SISTEMAS

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) SUS possuem ferramentas, que são de manejo fácil e amigável que permitem fazer esse acompanhamento.

Pelos relatórios de saída do SIA e SIH pode-se realizar o monitoramento das ações, permitindo análise detalhada das informações produzidas. Alguns deles:

- *Relatório de Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária*: é possível analisar por unidade, totais por município, totais por regiões de saúde e totais por gestores/rubrica (Faec, por exemplo), podendo, em cada um desses relatórios, especificar por procedimento, grupo e subgrupo. Estes relatórios guardam um histórico de seis meses, incluindo o mês do processamento. É possível analisar a programação realizada, apresentada, aprovada e o percentual delas.
- *Relatório Síntese da Produção Ambulatorial*: pode ser emitido por unidade,



ou na totalidade das unidades e regiões de saúde, sendo possível ver a apresentação de até três meses anteriores no mesmo relatório, mostrando as críticas de aprovado ou não aprovado, como, por exemplo, profissional não cadastrado etc.

- *Relatório Síntese de Produção da Apac*: permite o acompanhamento dos procedimentos realizados, identificando o usuário, em Oncologia, Terapia Renal Substitutiva (TRS), Medicamentos, cirurgias, Acompanhamento Pós-Transplante, Deficiência Auditiva, Implante Dentário Osteointegrado, acompanhamento de Queimados, Litotripsia, Transplante de Córnea.
- *Relatório Demonstrativo de AIH Pagas no Processamento*: relatório individualizado por hospital, o qual reflete todos os serviços prestados e pagos por meio da AIH.

“RELATÓRIOS do SIHD” após análise dos autorizadores no Gerenciador de Informações:

- Espelho da AIH – É a própria AIH – Mostra todos os dados do paciente: filiação, nº da AIH, tratamento clínico realizado, os serviços profissionais realizados assim como quem/onde os realizou (estabelecimento ou profissional).
- Totais de erros – Mostra todos os erros do movimento da AIH, bem como a frequência deles.
- AIH rejeitada – Mostra os motivos de rejeição das AIH, e aponta em que linha ou o campo do espelho da AIH está o erro.
- AIH apurada – Mostra por AIH os valores separadamente por componentes (UTI, SADT, Serviço Profissional, Serviço Hospitalar etc.).
- Valores por Cnes – Mostra os valores totais por estabelecimento do Cnes e por especialidades.
- Procedimentos x órteses e prótese – Mostra os procedimentos de OPM com seus fornecedores e valores.
- PRODUÇÃO DE TERCEIROS – Mostra o valor dos procedimentos realizados pelos prestadores terceirizados, pessoa física e jurídica.
- CESÁREAS – Mostra o percentual de cesáreas programadas e realizadas por estabelecimento.
- PROGRAMADO X REALIZADO – Mostra o Programado e realizado por especialidade ou total por complexidade.
- VALOR DA PRÉVIA – Mostra por município, estabelecimento e clínica o valor estimado transportado do SISAIH01.
- VALORES APROVADOS – Mostra valores após consistência, bloqueios, liberações e cancelamentos.
- VALORES PARA O FINANCEIRO – Mostra valores brutos por estabelecimento do Cnes e complexidade.
- SALVO EM ARQUIVO – É possível salvar em arquivo todos os relatórios anteriores.

## AUDITORIA

A auditoria, em seu sentido amplo, carrega o conceito de ser uma avaliação contábil financeira. Na saúde, também, historicamente, as práticas, as estruturas e os instrumentos de controle, a avaliação e a auditoria das ações estiveram, predominantemente, associados ao faturamento.

Em seu início, quando da criação do Inamps em 1976, as principais ações de controle e auditorias executadas eram baseadas na revisão de prontuários e das faturas apresentadas, realizando a fiscalização do atendimento por paciente em seu sofrimento individual, e como resultado apresentava ações punitivas voltadas para não pagamento de serviços contratados pelo sistema previdenciário, para complementar a assistência realizada por serviços próprios. Essa ação é conhecida como glosas dos valores dos serviços apresentados. A atuação do Inamps junto aos prestadores buscava controlar a produção e os gastos na assistência médica. Esse modelo de atuação tem sua razão de existir. Não se pode negar um histórico de distorções, erros e fraudes tanto referentes à produção das ações de saúde pelos prestadores quanto ao sistema e à sua gestão, ainda atuais. No entanto, se essas ações de auditoria eram adequadas para aquele modelo, passam a ser insuficientes em um sistema de saúde universal e de assistência integral.

As práticas de saúde se desenvolvem em diferentes níveis de complexidade, que vão desde a promoção de saúde, do cuidado individualizado, pontual, prestado por um determinado profissional, que sozinho ou em conjunto atende em um determinado serviço ou estabelecimento, que faz parte de uma rede de atenção, de um sistema de atenção e está sob gestão pública. Com o cenário trazido pelo SUS, a auditoria passa, também, a ter como objetivo ajudar a garantir e a melhorar a qualidade da atenção, a integralidade da assistência, buscando o acesso igualitário a todos os cidadãos, com vistas à garantia de direitos, para além de desempenhar a necessária função de prevenir ou coibir a malversação dos recursos públicos destinados à Saúde, com foco no pagamento de serviços e na utilização dos recursos pelos gestores.

A auditoria em saúde passa a ter um aspecto adicional de avaliação de serviços e de gestão, de garantia de direitos e do controle social. Se antes podia ser vista como atividade de controle contábil financeiro e com ações pontuais e isoladas, passa a ser uma das ferramentas de gestão do SUS com foco principal na qualidade de serviços e no direito do cidadão.

A Lei nº 8.689 de 27, de julho de 1993, que extingue o Inamps, em seu artigo 6º, institui no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) a quem “compete a avaliação técnico científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde” sendo regulamentada pelo Decreto nº 1.651, de 28 de

setembro de 1995, que estabelece que o SNA compreende “os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo” (art. 4º), com o objetivo de exercer o controle das ações e dos serviços de saúde em cada esfera de governo gestora do SUS, de acordo com as suas atribuições.

Assim, cabe ao componente FEDERAL, auditar as ações previstas na política nacional de saúde, os serviços de saúde sob gestão federal, os sistemas de saúde estadual e municipal, a aplicação de recursos federais e os mecanismos de controle e auditoria dos estados e dos municípios.

Cabe ao componente ESTADUAL auditar as ações previstas no plano estadual, os serviços públicos ou privados sob gestão estadual, os sistemas de saúde municipais, a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios e os mecanismos de controle e auditoria municipais.

Cabe ao componente MUNICIPAL auditar as ações previstas no plano municipal de saúde e os serviços públicos ou privados sob gestão municipal.

Dessa forma, as ações de auditoria do componente federal, principalmente, estão voltadas para o controle e a avaliação do financiamento dos sistemas de saúde, com foco na qualidade da assistência e nos resultados, enquanto as ações do componente municipal estão voltadas, basicamente, para o controle e a avaliação dos serviços e das ações de saúde. Quanto ao componente estadual, tanto as ações de avaliação de gestão como de avaliação de prestação de serviços estão contempladas em suas atribuições.

No entanto, os três componentes têm em comum as ações que visam contribuir para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

### Finalidades da Auditoria

As finalidades das ações de auditoria nos três componentes do SNA podem ser resumidas em:

- Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde.
- Avaliar os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, por meio da detecção de desvios dos padrões estabelecidos.
- Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da assistência à saúde.
- Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário.

Entre as suas atribuições destacam-se a de verificar a regularidade, a otimização, a eficiência e a eficácia na aplicação de recursos públicos, a de avaliar a qualidade da assistência prestada com foco no resultado, a de proceder à validação de processos na saúde e a avaliação patrimonial do SUS e, principalmente, proteger os direitos do cidadão à saúde.

O compromisso da auditoria para o fortalecimento da gestão se estabelece na orientação ao gestor quanto à aplicação eficiente do orçamento da saúde, o qual deve refletir na melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, no acesso e na humanização dos serviços.

Deve verificar, sistematicamente, se os gestores do SUS e a rede de serviços sob sua responsabilidade estão realmente trabalhando em defesa da saúde de sua população.

O trabalho de auditoria no SUS é extremamente complexo, pois necessita de grande quantidade de informações que precisam ser cuidadosamente extraídas, trabalhadas e interpretadas, pois muitos interesses e responsabilidades estão em foco quando se audita a saúde.

A auditoria deve atuar quando as funções de controle, avaliação e regulação sinalizarem distorções ou quando estas ações se mostrarem insuficientes para prevenir ou corrigir as falhas.

Portanto, a preexistência desses mecanismos, associada aos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, são elementos essenciais para a fundamentação e a abertura de processos de auditoria, sendo que o relatório é o produto final da auditoria. Por isso, é necessário cuidado especial com as informações nele registradas, que devem ser claras e objetivas.

Lembrar que a questão do controle, monitoramento, avaliação e auditoria não se resumem a análise de recursos financeiros, orçamentos e gastos, mas, principalmente, à possibilidade de não deixar a população adoecer de doenças que podem ser prevenidas; a tratar doenças que não podem ser prevenidas, mas que podem ser curadas; a controlar doenças que, não podendo ser prevenidas nem curadas, podem ser controladas; e a cuidar dos doentes com doenças que não podem ser prevenidas, curadas nem controladas. Ou seja, a alocação dos recursos disponíveis dever-se-ia conduzir pelas ações de maior efetividade/custo.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

BRASIL. **Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/D1651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm)>. Acesso em: 23 jan. 2006.

\_\_\_\_\_. **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. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)>. Acesso em: 14 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da previdência Social – INAMPS, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8689.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Orientações Básicas para utilização de Sistemas informatizados em auditoria no SUS**. 1. ed. rev. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2002. Seção 1, p. 36.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.043, 11 de outubro de 1996. Determina a implantação da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC, instrumento específico para autorização, cobrança e informações gerenciais dos procedimentos de Alta Complexidade/Custo e do fornecimento de Medicamentos Excepcionais, realizados pelas unidades prestadoras de serviços cadastradas no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 out. 1996. Seção 1, p. 20798.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 403, de 20 de outubro de 2000**. Cria o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-403.htm>>. Acesso em: 3 jul. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 510, de 30 de setembro de 2005.** Estabelece a implantação do processamento descentralizado do Sistema de Informação Hospitalar, a partir da competência novembro de 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-510.htm>>. Acesso em: 13 out. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2002. Seção 1, p. 52.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 579, de 20 de dezembro de 2001.** Aprova a Tabela de Compatibilidade entre o Procedimento Realizado e o Diagnóstico Principal Informado, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão no processamento das AIH – Autorização de Informação Hospitalar do SIH – Sistema de Informações Hospitalares. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/PT-579.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. Sistema de Informação Hospitalar do SUS 2014-SIH: Manual Técnico Operacional do Sistema. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Sistema Nacional de Auditoria.** Brasília, 2011.

CALEMAN, G.; DUCCI, L.; MOREIRA, M. L. **Informações, controle e avaliação do atendimento hospitalar SUS.** Brasília: OPAS/OMS, 2015. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 14).

Sites para consulta de manuais, orientações técnicas, tabela unificada:

<http://sihd.datasus.gov.br/>

<http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php>

<http://w3.datasus.gov.br/SIHD/index.php>

<http://sna.saude.gov.br/publicacoes.cfm>



## Oficina 2.3 – Informação e avaliação

### Objetivo

- Promover a reflexão sobre a importância da produção e do uso das informações em saúde.
- Promover a cultura avaliativa e o uso de indicadores para avaliação dos sistemas e dos serviços de saúde.

### Conteúdos

- Sistemas de Informações em Saúde.
- Construção e uso de indicadores.
- Avaliação de sistemas de saúde.
- Avaliação de serviços de saúde.

### Atividades

- Em grupo, leitura do texto base e discussão: **“O caso da dona Antônia”**
- Reflexão e registro das seguintes questões:
  - Quais informações contribuiriam para analisar o caso da dona Antônia?
  - O que é avaliação em saúde e como ela pode ser um instrumento de regulação da atenção?
  - Como a informação auxilia o processo de regulação?
- Registro e apresentação dos pontos relevantes do texto.
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

## “O CASO DA DONA ANTÔNIA”



O relato era que ela havia passado a noite com muita prostração e sem conseguir dormir, queixando-se de piora progressiva da tosse e da dor no peito, com calafrios e muito mal-estar. Veio a falecer, enquanto aguardava atendimento, às 5 horas da manhã.

Diante da solicitação do gestor, seu Cândido acessa o site do DATASUS, com o qual tem pouca intimidade e consegue localizar, afinal, o TabNet, onde espera encontrar as informações que precisa. Tem o TabWin instalado em seu computador, entende que são tabuladores semelhantes.

Inicialmente, procura no SIA informações relacionadas à consulta de atenção básica e consultas de urgência, mas não consegue identificar o CID dessas consultas. Faz uma análise dos casos de diabetes considerando a lista de medicamentos fornecidos por paciente, por meio do sistema local da assistência farmacêutica. A princípio, não consegue entender por que ocorreu a falta de medicamentos. Identifica que o microterritório onde mora a dona Antônia tem cobertura de 100% de ESF e procura dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab) e também no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) para verificar a avaliação do atendimento ao diabetes. Como não tem sistema de regulação do acesso implantado não sabe informar sobre o tempo de espera para exames e consultas especializadas para diabetes. Consegue levantar o número de endocrinologistas pelo Cnes, mas não identifica o número de consultas especializadas para cada especialidade.

O gestor havia pedido também as internações por diabetes nos últimos 12 meses. Sr. Cândido levantou então no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) as internações por diabetes e suas complicações cardio-cérebro-reno-vasculares e comparou com os municípios da mesma região de saúde de Recaminho, encontrando indicadores bastante elevados. Resolveu solicitar uma auditoria





do prontuário de atendimento da dona Antônia no hospital e na unidade de saúde e, ainda, conversar com os profissionais envolvidos nesse atendimento para compreender melhor o problema. Sr. Cândido percebe que a maioria das informações que ele precisa está dispersa e tem muita dificuldade em conseguir construir um relatório de avaliação da qualidade do atendimento ao diabetes no município de Recaminho. Além do mais, ele está achando que avaliação é mais do que isso que ele fez. Será?

## SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE



A informação, compreendida como fenômeno social e, portanto, com dimensões políticas, econômicas e históricas deve ser entendida como fator de mudança, transformação, e não de homeostase. Entendida também como um bem público, caracteriza-se por proporcionar benefícios tanto a indivíduos quanto à coletividade. Não possui características de bem apropriável, ou seja, o seu consumo quando feito por um indivíduo ou um grupo não reduz o montante disponível para os demais. Da mesma forma, o prestador de informações não se separa da informação que ele faz circular ou disponibiliza.

A riqueza informacional, portanto, não é redutível à noção econômica de acumulação típica do bem privado e, ao contrário do capital e do trabalho, a informação é um recurso regenerativo, que cresce com o uso, podendo ser utilizada quantas vezes forem necessárias, em diferentes contextos, com valores distintos para cada interlocutor (BRANCO, 2006), sendo ela o reflexo das concepções, valores, intenções e da visão de mundo de quem as produz/utiliza, estando sempre presente no cotidiano das pessoas/gestores/técnicos, e constituindo-se em um suporte básico para toda e qualquer atividade humana.

No caso da gestão, da assistência, da vigilância e da promoção em saúde, por exigirem tomadas de decisões de alta responsabilidade e relevância social, cabe à informação o papel de diminuição do grau de incerteza contido nestas decisões, sendo ela entendida como instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, como também para o planejamento, organização, execução e avaliação nos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde.

### Conceitos de Informação

- Informação é o resultado do processamento, manipulação e organização de dados, de tal forma que represente alguma modificação (quantitativa ou qualitativa) no conhecimento da pessoa que a recebe.
- Algo que se conhece e em que se baseia para racionalizar.
- Fato de se documentar acerca de determinado assunto histórico, econômico, político, literário etc.

- Aquilo que ajuda à tomada de decisão. Conjunto de fatos, de noções etc., que existem em determinado momento sobre determinado assunto.
- Exposições, ilustrações, uso de linguagens variadas – vídeo, escrita, fotografia, sítios na internet.
- Notícia ou conjunto de notícias que se comunicam entre si.
- Dimensão que representa o fluxo de informação existente neste processo: os dados, sua estrutura e o formato como estes circulam (relatórios, fichas, telas de computador etc.).
- Mensagem suscetível de ser tratada pelos meios informáticos; conteúdo dessa mensagem; interpretação ou significado dos dados; produto do processamento de dados.
- É um conjunto de dados com um significado, ou seja, que reduz a incerteza a respeito de algo ou que aumenta o conhecimento a respeito de algo.
- Comunicação ou notícia trazida ao conhecimento de uma pessoa ou do público.
- Significado que o homem atribui a um determinado dado, por meio de convenções e representações.
- Informação é o que informa a ação (dá forma à ação).

## Sistemas de Informação

*“O termo sistema traz, de imediato, a ideia de um todo orgânico, governado por leis próprias, que definem a sua estrutura e o seu funcionamento, e o dirigem a um fim determinado” [Guido de C. Santos].*

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define um sistema de informação de serviços de saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde. Considera-se que a transformação de um dado em informação exige, além da análise, a divulgação e as recomendações para a ação.

### Outras definições de sistema de informação

- Uma reunião de pessoas e máquinas, que visam à obtenção e ao processamento de dados que atendam à necessidade de informação da instituição que implanta esse sistema (BRASIL, 1994 a).
- São instrumentos desenvolvidos, visando à tomada de decisões (técnicas e/ou políticas) a serem formuladas e implantadas. “Eles devem ser concebidos, pois, na qualificação de suas ações, como produtor de conhecimento e como descritor de uma realidade” (BRASIL, 1995).

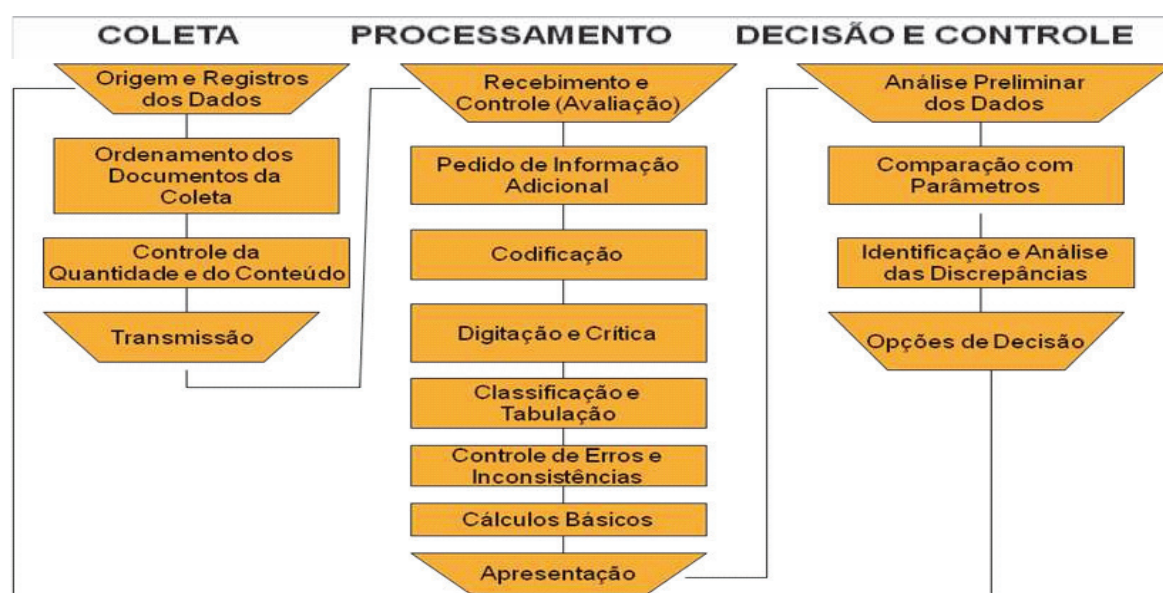
“Um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, proveem informações de suporte à organização.” “Processam dados de maneira

informatizada ou não, e os apresenta para os usuários, individuais ou grupos, que são os responsáveis pela sua interpretação” (CARVALHO; EDUARDO, 1998).

Para um bom entendimento, operacionalização e principalmente produção de informações fidedignas se faz necessário conhecer as várias etapas que constituem um sistema de informação, sendo as principais delas mostradas na Figura 1 a seguir:

A Figura 1 apresenta os principais componentes de cada etapa:

**Figura 1 – Etapas de um sistema de informação**



Fonte: Adaptado de Moraes (2004).

## Coleta de dados

Dado é uma sequência de símbolos, um elemento que pode ser representado com sons, imagens, textos, números e estruturas, sendo uma descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizada como informação por ser ininteligível.

Os dados são a base para geração de informações. O modo como os escolhemos e como os combinamos também refletem o nosso referencial explicativo, os pressupostos, os valores do nosso modo de conhecer uma determinada situação.

Todos os dados a serem coletados devem ser justificados pelas informações a serem geradas. Os dados não falam por si; eles são como matéria bruta sobre a qual podemos trabalhar juntando-os, correlacionando-os, contrapondo-os,

buscando produzir informações que se traduzam em uma interpretação sobre uma dada situação.

Exemplo de dados: sexo M/F, idade 30/40/50, Procedimento número 0201010038, CID A08.

A geração e o registro de dados (coleta) devem ser padronizados (exemplo: o conceito do que é uma primeira consulta deve ser a mesma para todo o sistema de saúde), devendo a escolha deles ser pertinente e necessária para a produção da informação buscada.

O CID (Classificação Internacional das Doenças), bem como o sexo ou gênero são exemplos de um padrão universal.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), tem um padrão nacional definido pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE).

Já os procedimentos realizados no setor Saúde possuem várias padronizações como:

- A tabela de procedimentos unificados do SUS (<http://sigtap.datasus.gov.br>).
- A tabela de procedimentos da Saúde Suplementar, TUSS ([www.amb.org.br/teste/tuss.html](http://www.amb.org.br/teste/tuss.html)).
- A tabela Brasileira Hierarquizada de procedimentos médicos (CBHPM) ([www.amb.org.br/teste/cbhpm/cbhpm\\_5a\\_ed.pdf](http://www.amb.org.br/teste/cbhpm/cbhpm_5a_ed.pdf)).

Os dados devem ser coletados o mais próximo possível do local onde foram produzidos, ou seja, dentro dos próprios estabelecimentos e idealmente por quem os produziram, os próprios profissionais, no momento mesmo que realizam estes procedimentos, usando para tanto o recurso da informática.

### Processamento dos dados

O processamento de dados deve contemplar a recepção, a codificação, a tabulação, os cálculos básicos, o controle de erros e inconsistências, o armazenamento, a manutenção, a recuperação e a disponibilização desses dados.

Este processamento, também é realizado em todos os níveis do sistema (estabelecimentos, municípios, estados e governo federal).

Nos estabelecimentos, quando não completamente informatizados, são processados por meio da retirada dos procedimentos das FAA (Folhas de Atendimento Ambulatorial, Boletins de Ocorrência (BO), e/ou dos prontuários preenchidos pelos profissionais e digitados nos aplicativos correspondentes – BPA.exe. Apac.exe, SISAIH01.exe, SISPRENATAL.exe. etc.).

Quando não realizados nos próprios estabelecimentos, os dados são enviados e processados no âmbito central (geralmente gabinete da SMS).

Os municípios, ao receberem os dados processados nos seus estabelecimentos, executam um segundo processamento, que corresponde a verificações de controle (ausências de dados, correções, glosas etc.) e a consolidação deles em um único banco municipal (exemplo, toda a produção ambulatorial do município).

Por meio de um cronograma predefinido, os municípios enviam estas bases para o DATASUS (Departamento de Informação do SUS – [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)) órgão do Ministério da Saúde, que as processam, consolidando e construindo assim as bases nacionais.

Quando da descrição de cada sistema de informação, será detalhado estes fluxos.

Na atualidade, a explosão da Tecnologia da Informação (TI), tratada como um objeto de consumo e símbolo de *status*, vem contribuindo para transformar o processamento de dados em um fim em si mesmo, no entanto, ao contrário disso, esta TI deve ser apenas uma atividade meio, permitindo o compartilhamento e a análise dos dados originários de diversas fontes, garantindo a avaliação, o armazenamento, a recuperação e a disseminação deles.

#### Produção e disseminação das informações

Os dados devem ser tratados segundo as necessidades das informações demandadas. Os cálculos de indicadores, a elaboração de gráficos e tabelas, os mapas temáticos e outros formatos de apresentação das informações produzidas devem ser feitos levando-se em consideração as competências, as necessidades e os formatos mais adequados para diferentes usuários.

Para definição das informações necessárias deve-se, no mínimo, considerar as seguintes questões:

- Qual o contexto que necessita da informação?
- Por que ela é necessária?
- Quem vai utilizá-la?
- Como ela será utilizada (formato, fluxo e periodicidade)?
- Por quanto tempo?
- Os dados virão do sistema de informação em saúde existente?
- Ela virá por meio de um estudo ou pesquisa pontual, amostrais etc.?

Um sistema de informações em saúde deve apoiar um contínuo “conhecer, decidir, agir, avaliar e novamente decidir”, ou seja: deve produzir e disseminar informações que não apenas possibilitem avaliar determinada situação de saúde auxiliando na tomada de decisões sobre as respostas a serem implementadas,

mas também permita o acompanhamento e o controle da execução (eficiência e eficácia) das ações propostas, bem como o impacto (efetividade) alcançado sobre a situação de saúde inicial.

Todos os sistemas de informação de saúde, de alguma forma, produzem informações sob a forma de relatórios predefinidos. No entanto, os aplicativos usados no âmbito dos estabelecimentos, geralmente, são muito limitados quanto a esta tarefa, sendo mais afeita a coleta dos dados e ao processamento deles, sendo a produção da informação, mais frequentemente, realizada pelos níveis centrais da gestão.

Nesta produção são usadas ferramentas de extração de dados do tipo TabWin, TabNet, Tabela dinâmica das planilhas eletrônicas etc., e atualmente o Ministério disponibiliza novas ferramentas produtoras de informação como é o caso do Sismac e do Infosas, descritos a seguir, ou de páginas na web como a do Fundo Nacional de Saúde. (<[www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br)>).

Principais Sistemas de Informação do SUS:

- **SCNES** – Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde: Cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde (Cnes) utilizados como base nacional para compor o processamento das informações de produção ambulatorial e hospitalar, entre outras utilidades. O Cnes teve origem em 2000 quando da instituição da base de dados nacional que consolidava as informações contidas na Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (FCES). Aquela época, o Cnes possuía um escopo de cadastrar apenas estabelecimentos de saúde com atendimento ao SUS, com a finalidade de produzir informações para subsidiar o processo de faturamento no SIA e SIH, e parcialmente pesquisas estatísticas. A partir de 2001, com a Resolução da Agência Nacional de Saúde, englobou os estabelecimentos da saúde suplementar e em 2006, passou a ser obrigatório para todos os estabelecimentos de saúde (inclusive consultórios de saúde isolados), sejam eles SUS, saúde suplementar, planos de saúde públicos ou totalmente privados. Hoje, ele é base de suporte a diversos outros sistemas de informação, subsidiando o conhecimento da rede assistencial, propiciando o conhecimento da capacidade instalada, apoiando a tomada de decisão e o planejamento das ações de saúde dos gestores, dos profissionais, dos cidadãos, das instituições que realizam serviços de saúde, conselhos de saúde, instituições de ensino e pesquisa, órgãos de controle, Agência Nacional de Saúde, operadores de plano de saúde, vigilância sanitária, entre outros.
- **SISCNS** – Sistema do Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde. É um instrumento de extrema importância para o SUS, coleta o dado diretamente com quem usa os serviços e possibilita a vinculação dos procedimentos realizados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde onde foi realizado; O Cadastro Nacional de

Usuários, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 940, de 28 de abril de 2011, é o primeiro passo para a implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo território nacional, sendo uma ferramenta importante para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando a gestão do sistema e contribuindo para o aumento da eficiência no atendimento direto ao usuário.

- **SIA – Sistema de Informação Ambulatorial:** Processam os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade captados pelo Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), pelo Boletim de Produção ambulatorial Individualizado (Bpai) e pela Autorização de Procedimentos de Alto Custo (Bpai).
- Cabe ao gestor definir a inclusão de outros procedimentos em Bpai que julgar conveniente, assim como a manutenção ou a necessidade de autorização prévia, com vistas ao controle.
- A partir dos dados informados é possível, com a utilização de um extrator de dados, produzirem informações assistências sobre:
  - Número de consultas médicas (SUS) por habitante – número médio de consultas médicas apresentadas ao SUS por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
  - Número de procedimentos complementares por consulta médica (SUS) – número médio de procedimentos complementares de patologia clínica e imagenologia, por 100 consultas médicas.
  - Percentual de consultas de atenção básica, urgência e especializadas em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Consolida os procedimentos realizados na atenção básica, registrados no Sisab, no Sismama e no Siscolo.

- **SIH/SISAIH01 –SISAIH01 – Sistema de captação de produção de uso do prestador. SIH:** Sistema de processamento das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH), disponibilizando informações sobre cada hospital que integra o SUS e as principais causas de internação e alguns indicadores de atenção hospitalar.
 

Destacamos os seguintes indicadores SIH:

  - Número de internações hospitalares (SUS) por habitante – número médio de internações hospitalares realizadas pelo SUS, por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
  - Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade – distribuição percentual das internações hospitalares realizadas pelo SUS, segundo especialidades, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
  - Proporção de partos cesáreos (SUS) – percentual de partos cesáreos realizados pelo SUS, segundo vínculo, em relação ao total de partos hospitalares realizados pelo SUS, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.



- Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupo de causa – distribuição percentual das internações hospitalares realizadas pelo SUS, por grupos de causas selecionadas (capítulo da CID), na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas – distribuição percentual das internações hospitalares realizadas pelo SUS, por grupo de causas externas, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- Valor médio (SUS) por internação hospitalar – valor médio com internação no SUS, por especialidade, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- Principais causas de internação, por idade, por especialidade, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- O **SIHD** tem como principal objetivo permitir o processamento das AIH de forma descentralizada, nas Secretarias de Saúde, na esfera municipal, estadual e Distrito Federal, permite adicionar valores complementares para aportar recursos adicionais oriundos de receitas próprias (Portaria GM/MS 1.606, de 11 de setembro de 2001), de acordo com seu Plano de Saúde, e realizar melhor acompanhamento das ações planejadas.
- **Sistema de autorização de procedimentos especializados – Módulo Autorizador** – Com objetivo de descentralizar as ações de saúde para as secretarias estaduais e municipais de saúde que não possuam estrutura para implantação de complexos reguladores, o Ministério da Saúde disponibiliza sistema informatizado monousuário que registra a autorização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do SUS. O sistema de autorização de procedimentos especializados utiliza, como premissa, a autorização prévia dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, podendo ser instalado na base local do município, permitindo maior qualidade e controle da emissão e das informações das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (Apac), além de permitir a comparação entre o autorizado e o apresentado. Sua utilização elimina a necessidade de impressão dos formulários da Apac e AIH. O Sistema de Regulação (Sisreg), com o propósito de identificar as solicitações formuladas pelos municípios integrantes do processo de pactuação será integrado ao módulo autorizador.
- **Sisprenatal** – Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento; após implantação do e-SUS Atenção Básica o Sisprenatal será alimentado pelas informações coletadas pelo Sisab.
- **Sisab** – Considerando a necessidade de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica para um sistema unificado, integrando todos os sistemas de informação da Atenção Básica e garantindo o registro indivi-

dualizado por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS), o Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). O Sisab contempla os dados das equipes da Atenção Básica, incluindo as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Consultórios na Rua (CR), Programa Saúde na Escola (PSE) e Academias da Saúde, além de outras modalidades de equipes e programas que porventura estejam incluídos na Atenção Básica. A sua operacionalização será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). O e-SUS Atenção Básica é uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção Básica em nível nacional. A qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico. O Sisab tem como meta alimentar os sistemas Sishiperdia e Sis prenatal.

- **Siscolo/Sismama** – sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Câncer de Mama. Sistema informatizado de entrada de dados que auxilia a estruturação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama, conforme normas e protocolos determinados pelo Programa. Coleta e processa informações sobre identificação de pacientes e laudos de exames citopatológicos. **O Siscam** – Sistema de Informação de Câncer que integra o Siscolo e Sismama, ele gera dados que subsidiam o monitoramento e a avaliação. Por meio dos relatórios, o gestor pode: conhecer a distribuição dos exames de colo do útero e de mama para organizar o acesso à rede de serviços, contribuindo para a estruturação das redes de assistência à saúde, otimizando a utilização dos recursos; Verificar a distribuição dos resultados dos exames e indicar auditorias e capacitações locais, quando necessário, qualificando os dados do sistema de informação; avaliar a qualidade dos exames por meio da análise comparativa do resultado de rastreamento e de seu resultado histopatológico; construir indicadores para acompanhar o desempenho do programa de controle destes cânceres e fazer análises temporal e espacial.
- **Sismac** – Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade foi desenvolvido para acompanhar os recursos federais, destinados ao custeio de ações e serviços de saúde do Bloco de Financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar que são transferidos aos estados e aos municípios, de forma automática fundo a fundo, observando os atos normativos específicos referentes a cada bloco e as referências constantes da programação. Ele possibilita consultar e acompanhar periodicamente os limites financeiros dos recursos MAC dos estado/municípios, identificando os incentivos destinados a cada estabe-

lecimento de saúde; atualizar os quadros estaduais/municipais ao final do processo de programação ou quando houver alterações nos Limites Financeiros dos Estados/Municípios, observando as pactuações realizadas pela CIR; consultar e acompanhar as transferências referentes aos planos de ações das Redes de Urgência e Emergência e Cegonha publicada; consultar as portarias que alteram os Limites Financeiros de Estados/Municípios; acompanhar os pagamentos encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde por competência; o Sismac pode ser acessado pelo endereço eletrônico: <<http://sismac.saude.gov.br>>.

- **SargSUS** – Sistema de Apoio ao Relatório Anual é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pelo Ministério da Saúde/DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e no envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde. Além de constituir-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos, o relatório tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação anual, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, nas três esferas de direção do Sistema. Disponível em: <[www.saude.gov.br/sargsus](http://www.saude.gov.br/sargsus)>.
- **Info-SAS** – É uma ferramenta de mineração de dados que tem por objetivo a detecção automática de desvios de séries históricas de informações contidas nos sistemas SIA e SIH (utiliza bancos de dados que tem registro de procedência dos pacientes Apac, Bpai e AIH) e de outras anomalias. Fornece dado que fogem de padrões definidos transformando-os em informações para o controle e o monitoramento. Por meio das técnicas de mineração de dados, sinaliza através de alertas e produz relatórios das inconsistências, anomalias e tendências verificadas nesses dados. Todas as anomalias devem ser cuidadosamente analisadas, antes de qualquer conclusão ou providência.
- **Ciha** – Outro importante sistema de informação da produção de serviços de saúde é a Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial. A Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial foi criada para ampliar o processo de planejamento, programação, controle, avaliação e regulação da assistência à saúde, permitindo um conhecimento mais abrangente, amplo e profundo dos perfis nosológico e epidemiológico da população brasileira, da capacidade instalada e do potencial de produção de serviços do conjunto de estabelecimentos de saúde do País. O sistema permite o acompanhamento das ações e dos serviços de saúde executados por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado provendo informações dos pacientes cuja atenção é custeada por planos e seguros privados de assistência à saúde. As informações registradas no sistema servirão também como base para o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para seguridade social.

- **Sisreg** – Sistema Nacional de Regulação. Permite o controle e a regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados das centrais de regulação que fazem parte do complexo regulador. Fornecem dados sobre agendas, agendamentos, comparecimentos, por unidade de saúde solicitante, executante e por procedimento solicitado e realizado, data da internação, tipos de leitos, alta hospitalar, contribuindo para gerar informações para cálculo dos indicadores de acesso, por exemplo, tempo médio de agendamento, perda primárias, absenteísmo, tempo médio de internação hospitalar etc.

É um sistema WEB, desenvolvido pelo DATASUS/MS a pedido do DRAC/SAS disponibilizado gratuitamente para uso dos estados e municípios. Para sua utilização é necessário solicitar, formalmente, ao DRAC/CGRA autorização do uso do *software*, informando o nome do profissional que será administrador do sistema.

Sendo um sistema WEB a sua instalação é simples, após liberação de *login* e senha de acesso, seja para o módulo ambulatorial e/ou hospitalar, deve-se realizar a configuração do sistema.

O Ministério da Saúde, por meio do DRAC/CGRA oferece capacitação para implantação do sistema. É necessária solicitação formal do gestor direcionada ao MS/DRAC/CGRA.

- **SISCNRAC** – É um Sistema da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade utilizado para a regulação do paciente que necessita de um procedimento de alta complexidade.
- É um ambiente informatizado restrito, desenvolvido em parceria entre o Departamento de Regulação Avaliação e Controle e o DATASUS/MS, que permite o registro e o acompanhamento das demandas dos estados, contemplando desde a inclusão do paciente que necessita de um procedimento de alta complexidade até a realização dele.
- A Cerac solicitante ou a unidade de saúde por ela autorizada é a responsável pela inserção do laudo médico do paciente no sistema e por seu deslocamento e do acompanhante, se necessário, ao estado executante, quando confirmado o agendamento do procedimento solicitado, de forma a garantir a sua chegada em tempo hábil, bem como pelo retorno ao estado de origem. E a Cerac executante é a responsável pela identificação da unidade hospitalar que poderá executar o procedimento e agendá-lo.
- Aplicativos utilizados para disseminar a informação (extrair/tabular dados):
- **TabWin/TabNet** – O aplicativo TabWin desenvolvido pela equipe do DATASUS – Departamento de Informática do SUS – com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos DBF que se constituem nos componentes básicos dos sistemas de informações do SUS. Permite tabular informação de diferentes tipos (por exemplo, dados de internação hospitalar,

de mortalidade, de população etc.) em um mesmo ambiente. Permite ao usuário realizar operações aritméticas e estatísticas nos dados da tabela e elaborar gráficos de vários tipos, inclusive mapas, a partir dos dados da tabela; realiza outras operações na tabela ajustando-a as suas necessidades; O DATASUS, também, desenvolveu uma versão para uso na internet, que é o TabNet, que pode ser utilizado em qualquer microcomputador que tenha acesso à internet.

#### Diferença entre TabWin e TabNet

##### TabWin

- Imprescindível a cópia para o computador.
- Necessita ter localmente as bases de dados, arquivos de definição (DEF) e arquivos de conversão (CNV), do sistema que se deseja tabular.
- Pode apresentar para tabulação, todos os campos de uma base de dados.
- Abre arquivos “.tab.” gerados pelo TabNet.
- Permite calcular indicadores.
- Permite a representação dos dados na forma de mapas.
- Salva as tabulações em diversos formatos (xls, dbf, csv, tab, html, xml, SQL).

##### TabNet

- Dispensa instalação ou cópia de arquivos.
- Os dados são tabulados num computador remoto, a partir de um endereço informado no navegador *web*.
- Tem uma severa limitação de campos tabuláveis por causa do leiaute da página *web*.
- Normalmente necessita de acesso à internet.
- Salva as tabulações somente nos formatos “.tab” e “.csv”.
- **O Business Intelligence – BI** – Os bancos de dados do **Sisreg** são construídos com séries históricas, oriundas dos sistemas transacionais estruturados ou não, permitindo cruzamentos entre elas e a construção de relatórios e painéis gráficos (*dashboards*) de alta performance e variadas representações estatísticas e matemáticas. O Ministério da Saúde incorporou profissionais especialistas e *softwares* para a construção de ferramentas para apoio à decisão utilizando os conceitos de BI.
- Este novo conceito denominado de Business Intelligence (BI) ou Inteligência de Negócios vem ganhando cada vez mais força com os mais variados tipos de organização, principalmente, para apoio as tomadas de decisões dos profissionais dos níveis táticos e estratégicos.
- A implantação de um BI possibilita aos gestores a busca e a interpretação de informações armazenadas para apoio às decisões. Fornece relatórios gerenciais sobre:
  - Quem são as unidades solicitantes e executantes.

- Quais são os procedimentos ofertados e o seu quantitativo.
- Qual é o quantitativo de perda primária e de absenteísmo por especialidade e por estabelecimento executante.
- Qual o tempo médio de agendamento para cada especialidade.
- Qual o quantitativo de fila de espera para cada especialidade.
- Qual a quantidade de leito disponível.
- Tempo médio de internação.
- Etc.

Os relatórios servem para monitoramento, avaliação, controle e gestão dos estabelecimentos, órgãos e secretarias do Ministério.

- **O Sigtap** – Sistema de gerenciamento da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais do SUS. O Sigtap foi implantado em janeiro de 2008 com o objetivo principal de integração das bases de informações de produção do SUS, SIA e SIH com a lógica de procedimento único nos registros hospitalares e ambulatoriais, facilitando a identificação do procedimento e do registro da informação, aumentando a confiabilidade do dado e dessa forma permitindo que ele sirva de subsídio para o planejamento, a programação, a regulação, a avaliação, o controle e a auditoria.

## Outros

- **SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade.
- **Sinasc** – Sistema de Informação dos Nascidos Vivos
- **SI-PNI** – Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
- **Sinan** – Sistema de Informações de Agravos de Notificação Compulsória
- **Ciha** – Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial
- **e-SUS-Hospitalar** (informatização dos hospitais, substitui o antigo Hospub)
- **e-SUS-Samu** (Sistema utilizado para captura de dados do Samu – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
- **Siops** – Sistema de Informação dos Orçamentos Públicos de Saúde
- **\*Hórus** – Sistema de Gestão da Assistência Farmacêutica
- **OuvidorSUS** – Sistema de Ouvidoria do SUS
- **SargSUS** – Sistema de Apoio a Construção do Relatório de Gestão
- **Sismac** – Sistema de Controle do Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade

(\*) Sistemas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, porém de uso não obrigatório.

## CONSTRUÇÃO E USO DE INDICADORES

As várias unidades operacionais do sistema de saúde geram dados e informações

que podem ser consideradas estratégicas, voltadas para uma avaliação permanente das respostas que podem ou não estar sendo produzidas, e o impacto resultante sobre determinada situação de saúde.

Exemplificando:

- Um sistema de informação ambulatorial que forneça os dados sobre a produtividade de consultas de gineco-obstetrícia pode informar também sobre a cobertura de gestantes alcançadas com as consultas de pré-natal disponibilizadas.
- Um sistema de informação hospitalar informa sobre a ocorrência de complicações ligadas à gravidez, ao parto, ao puerpério e também ao recém-nascido.
- Um sistema de informação sobre mortalidade informa sobre os índices de mortalidade materna e neonatal.

De fato, a combinação desses subsistemas pode permitir uma avaliação das respostas (produtividade de consultas de pré-natal + ocorrência de complicações maternas), assim como o impacto (índices de mortalidade materna e neonatal) sobre determinada situação de saúde. Basicamente, um sistema de informação deve produzir indicadores que sejam capazes de medir:

- A eficiência na utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível, evitando desperdícios.
- A eficácia das ações produzidas no sentido do alcance dos melhores resultados possíveis, principalmente com relação à cobertura (número de pessoas atingidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa).
- A efetividade no alcance de transformações concretas da situação de saúde, coerentes com os objetivos propostos pela gestão.

Um indicador será, portanto, uma representação, numérica ou não, que, considerando as nossas referências e critérios, nos permite, a partir da “preferência” que damos a determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças etc.), produzir informações visando elaborar um conhecimento (quantitativo ou qualitativo) sobre determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado. Dessa forma, o processo de produção de informações, além de contínuo, deve ser suficientemente sensível para captar as transformações que ocorrem numa situação de saúde.

Indicadores de saúde permitem obter os conhecimentos necessários, sem a correspondente necessidade de se coletar e processar uma infinidade de dados. A qualidade dos indicadores escolhidos é fundamental e formular indicadores de qualidade é um grande desafio, pois eles devem contemplar:

- **Simplicidade:** devem ser fáceis de calcular.

- **Validade:** devem ser função das características que se deseja medir.
- **Disponibilidade:** devem usar dados habitualmente disponíveis ou de fácil obtenção.
- **Robustez:** devem ser pouco sensíveis às deficiências dos dados necessários à sua construção.
- **Sinteticidade:** devem refletir o efeito do maior número possível de fatores.
- **Discriminatoriedade:** devem possuir um alto poder discriminatório para os vários níveis de condição de saúde e indicar possíveis alterações que ocorram ao longo do tempo.
- **Cobertura:** devem referir-se, tanto quanto possível, a cada país ou território como um todo, permitindo que, por meio da comparação, possa-se chegar a uma avaliação.

Com certeza, não existem indicadores que, isoladamente, sejam capazes de contemplar todos os atributos de qualidade listados. Portanto, é necessária a escolha de um conjunto de indicadores e essa escolha deve decorrer das perguntas que buscamos responder e do tipo de decisão que se quer apoiar:

1. Usos dos indicadores de eficiência para avaliação quanto à utilização dos recursos disponíveis e da estrutura do sistema de saúde.

- Produtividade: por tipo de procedimento (consultas, exames laboratoriais).
- Utilização da capacidade instalada: rede física.
- Utilização da capacidade operacional: recursos humanos.
- Distribuição dos gastos por tipo de atenção prestada: ambulatorial (básica e especializada), hospitalar e urgência, apoio diagnóstico e terapêutico.

2. Usos dos indicadores de eficácia para avaliação dos resultados alcançados pelas ações que foram produzidas considerando a cobertura (quantos foram atingidos), a concentração (quanto foi oferecido) e a resolubilidade (como foi respondido), e também podem proporcionar avaliação do processo de trabalho em saúde.

- Cobertura alcançada por meio das ações produzidas (consultas, vacinas, partos etc.).
- Concentração de procedimentos oferecidos (exemplo: quantitativo de consultas de pré-natal por gestante).
- Resolubilidade da atenção (exemplo: proporção de altas em relação às consultas oferecidas).

3. Usos dos indicadores de efetividade para avaliação do impacto sobre a situação de saúde, considerando as respostas produzidas pelo sistema de saúde, e também aquelas geradas por outros setores (educação, saneamento



etc.): indicadores de mortalidade, indicadores de morbidade, indicadores demográficos e indicadores socioeconômicos.

## **AVALIAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE**

A cultura avaliativa deve ser implementada nos sistemas de forma ampliada, para além da avaliação dos programas e serviços. A avaliação para a gestão deve produzir informação e conhecimento que servirão como fator orientador de decisão dos gestores do SUS. A avaliação permite identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, devendo ser realizada de forma sistemática retroalimentando o processo de planejamento e contribuindo com a transformação da gestão.

O SIA/SUS, com exceção das Apac e do Bpai (a partir de 2008), ao priorizar a informação da produção de forma quantitativa e financeira, não permitindo a individualização de usuários ou de diagnósticos, da frequência de utilização da rede; da procedência e a implantação ainda incipiente do Cartão Nacional de Saúde aliados à falta de infraestrutura dos serviços de controle e avaliação, entre outros fatores, têm levado os municípios à situação de manter diversas práticas de controle e escassas práticas de avaliação na sua produção ambulatorial. Novas formas de registro foram sendo construídas no sentido de ampliar as informações epidemiológicas disponíveis nos registros de produção, como os sistemas de registro de dados de câncer – Siscolo, Sismama e o atual Siscan, assim como o de registro de redes de cuidado continuado como atenção domiciliar e Caps – o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RRAS).

As diferentes concepções de avaliação trazem como pontos comuns: a comparação do que é observado com o que foi idealizado e a emissão de um juízo de valor sobre a diferença encontrada. Assim, o que se verifica, a forma de medir, o referencial de comparação e os graus de valoração são componentes importantes do processo de avaliação, seja uma pesquisa avaliativa, seja a chamada avaliação para a gestão. Na avaliação, o processo comparativo pode se dar em referência ao comportamento do que é observado no tempo (tendência/série histórica), ou em relação aos seus semelhantes (comparação) ou ainda a padrões e parâmetros reconhecidos e consensuados (adequação). Portanto, os melhores parâmetros devem ser os mais compatíveis com a diferença prevista entre a situação a ser avaliada e a pretendida no âmbito da própria gestão, coincidindo, ou não, no prazo estabelecido, com o parâmetro máximo estabelecido (padrão ouro). Por sua vez, os melhores indicadores são aqueles definidos em função do que se quer avaliar e o que se pretende atingir, devendo ser elaborados a partir dos dados existentes e disponíveis.

Trata-se da análise da estrutura, dos processos e dos resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e

parâmetros de eficácia (grau de atingimento – too de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o Sistema de Saúde. É fundamental a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem: acessibilidade; integralidade da atenção; resolubilidade; e a qualidade dos serviços prestados. A avaliação permite identificar os pontos fortes e os aspectos gerenciais menos desenvolvidos em relação ao modelo – que podem ser considerados como oportunidades de melhoria da organização, ou seja, aspectos que devem ser objeto das ações de melhoria. Quando realizada de forma sistemática, a avaliação da gestão funciona como oportunidade de aprendizado sobre a própria organização e também como instrumento de internalização dos princípios, valores e práticas da gestão pública.

A avaliação pode ser direta, por meio da observação, coletando-se dados primários ou pode ser indireta, por meio da análise de indicadores. Os indicadores podem ser de gestão dos sistemas de saúde ou podem traduzir especificamente os serviços de saúde. O olhar direto nos serviços e sistemas de saúde é realizado sistematicamente pelas equipes de vigilância sanitária, do controle de ações de serviços de saúde, da auditoria do SUS, do controle social e das áreas técnicas especializadas. É importante que se exerça uma ação de avaliação direta sistemática, além da avaliação indireta por indicadores e da ação fiscalizatória por demandas. Por sua vez, para que ocorra avaliação indireta é necessário que os registros sejam fidedignos, estejam sob monitoramento e que se agregue capacidade analítica às equipes locais. A avaliação pode ocorrer nos vários níveis e dimensões: ações, serviços, estabelecimentos e sistemas de saúde, de acordo com os objetivos da gestão e da intencionalidade do processo avaliativo. Na gestão, o principal objetivo dos processos avaliativos é a implementação de melhorias.

Pode-se considerar como aspectos fundamentais para se avaliar os sistemas de saúde no âmbito do SUS:

Quanto ao **O QUE** avaliar:

- A abrangência do sistema, se nacional, estadual ou municipal, e a respectiva esfera de governo e gestões em Saúde (um governo pode ter mais de uma gestão), considerando que tais esferas são interdependentes, onde a avaliação de uma esfera, embora tenha especificidades, também está condicionada pelo desempenho das outras duas.
- A pertinência das ações de saúde que foram priorizadas nos planos de saúde, consoante os determinantes e as condições de saúde da população (perfil de natalidade, bem-estar, morbidade e mortalidade), em diferentes regiões geográficas e grupos sociais.
- O modelo (ou modelos) de atenção à saúde, ou seja, os modos de organizar o sistema de saúde, avaliando:
  - Características da gestão/gerência, financiamento, cobertura, acesso, inte-

gralidade, hierarquização, regionalização, intersetorialidade, controle social.

- Como estas funções se objetivam nas áreas de atenção (redes básicas, especializadas, ambulatorial e hospitalar) e de vigilância (epidemiológica, controle de zoonoses, sanitária).
- Como são auxiliadas pelas funções meio de: regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho e educação em saúde; informação e informática, administrativa e financeira; planejamento, orçamento e programação, entre outras.

### **Quanto ao POR QUE avaliar:**

- Para verificar os graus de efetivação da saúde como direito de todos e os graus de implementação dos princípios e das diretrizes do SUS da universalidade de acesso; integralidade e igualdade de assistência; descentralização e o comando único; regionalização e hierarquização; intersetorialidade; cooperação e eficiência dos gestores; eficácia dos serviços; participação da comunidade; todos modulados pela equidade que busca superar as diferenças evitáveis e injustas, isto é, busca a igualdade na atenção com justiça social.
- Para fazer, da avaliação, prática permanente de gestão das esferas federal, estaduais e municipais; quando os resultados da avaliação comporiam o quadro de elementos necessários à tomada de decisões rotineiras, à reorientação ou à reformulação das ações (regulação, atenção e outras da gestão), assim como se tornariam importantes subsídios para elaboração e implementação dos planos de saúde.
- Para possibilitar que os resultados do processo avaliativo se tornem um dos elementos norteadores de financiamento (custeio e investimentos), possibilitando não só o estímulo às melhores performances (de sistemas, estabelecimentos e equipes), mas também para indicar aqueles de performance inferior que se tornariam objetos de ações indutivas que os permitissem galgar graus de desempenho.

### **Quanto ao COMO avaliar:**

- Utilizar, de maneira inovadora e articulada (incluindo o mapeamento geográfico ou geoprocessamento), as bases de dados demográficos, socioeconômicos, cadastrais (de estabelecimentos, profissionais e usuários), epidemiológicos, orçamentários, de transferências financeiras e de produção dos serviços de saúde.
- Utilizar dados de pesquisas periódicas (qualiquantitativas) ou da observação direta, como forma de obter informações não disponíveis rotineiramente (satisfação dos usuários, aceitabilidade, padrões de conformidade dos estabelecimentos etc.).
- Utilizar indicadores que avaliem estrutura (estabelecimentos; equipamentos; insumos e medicamentos; quantitativos, cargas horárias e categorias dos profissionais; recursos financeiros etc.), processos (autorização de procedimentos

e regulação do acesso, produção de procedimentos da atenção básica e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, referências e contrarreferências, auditorias etc.) e resultados (taxas de incidência e prevalência de doenças, taxas de mortalidade por idade e por doenças, satisfação dos usuários etc.).

- Utilizar indicadores compostos de desenvolvimento como Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e Esperança de Vida sem Incapacidade para avaliar as condições de vida e indiretamente resultados dos sistemas de saúde.
- Utilizar indicadores que meçam os graus de acesso, eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, continuidade, adequação das ações e dos serviços de saúde.

Vários indicadores têm sido pactuados e monitorados nas várias esferas de gestão do SUS, em particular os relacionados ao desempenho da atenção básica. Atualmente, o processo de pactuação do Coap define indicadores para cada dimensão pactuada. Cabe indicar a importância, por exemplo, de indicadores como o de internações por condições sensíveis a atenção básica (Icsab) que analisa a proporção de internações por causas que são passíveis de intervenções na Atenção Básica, contribuindo com uma análise do sistema de saúde como um todo.

O Ministério da Saúde, por meio de grupo de pesquisadores vinculados à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) ([www.proadess.cict.fiocruz.br](http://www.proadess.cict.fiocruz.br)), procura formular metodologia que permita a compreensão de quais são e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS; melhorias na formulação de políticas, além do monitoramento das desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil. A metodologia desenvolvida nutre-se de elementos utilizados nas propostas de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde canadense, australiano, inglês e a da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e tem o formato de um painel de controle, onde podem ser visualizadas simultaneamente diferentes dimensões da avaliação. Essa proposta toma o contexto político, social e econômico onde seriam identificados os determinantes de saúde (primeira dimensão) associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada, (segunda dimensão), permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbimortalidade, ao expressar as necessidades de saúde, orientaria a definição de elementos (terceira dimensão) da estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), que por sua vez condicionaria as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde, objeto principal da avaliação.

A Figura 2, a seguir, sintetiza proposta de avaliação de desempenho do Sistema

Único de Saúde, do Proadess – Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (CICT) – Fiocruz.

Foi baseado nesse modelo que em 2012 o Ministério da Saúde desenvolveu o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) – utilizando informações estratégicas sobre o desempenho do SUS para apoiar os estados e os municípios na melhoria de seus indicadores de saúde. É uma síntese de 24 indicadores que atribui uma nota (grau) de zero a dez para estado e municípios, relacionados aos temas de cobertura (acesso potencial ou obtido) com 14 indicadores, e efetividade (resultados esperados) do SUS, com 10 indicadores. Os indicadores de cobertura foram definidos em três áreas assistenciais (Atenção Básica, Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade e Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade) enquanto que os indicadores de efetividade tomaram em consideração a Atenção Básica e a Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade em conjunto. A metodologia utilizada propôs a análise em grupos homogêneos de municípios, baseados em 12 variáveis de contexto, utilizadas para a definição de 6 grupos homogêneos. Estas variáveis são agregadas em três índices que refletem especificidades e diferenças socioeconômicas (Índice de Desenvolvimento Socioeconômico – IDS), perfil de morbimortalidade (Índice de Condições de Saúde – ICS) e suficiência da estrutura do sistema de saúde com base no nível de complexidade da atenção (Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município – IESSM). O monitoramento e a avaliação do desempenho do SUS é uma função importante no sentido de indicar necessidades de melhoria dos mecanismos de regulação intergestores e com relação aos serviços público e privado.

**Figura 2 – Modelo explicativo do desempenho de sistemas de saúde: algumas perguntas**



Fonte: Viacava et al. (2004).

## AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Segundo Donabedian, o “propósito dos sistemas de atenção à saúde, em seu núcleo e por meio de inúmeras partes, é proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais equitativa, ao maior número de pessoas”. São considerados por ele sete pilares da qualidade:

- **Eficácia:** é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.
- **Efetividade:** é a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante dessa relação.
- **Eficiência:** é a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico, representado pela seguinte equação: Eficiência = Melhoria gerada pelo sistema oferecido/Custo econômico desse sistema.
- **Otimização:** é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Em termos gráficos, é o ponto de estabilização da curva de benefícios. Em outros termos, segundo Donabedian (1990), é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades re-

ais de saúde (comprováveis epidemiologicamente) e o atendimento delas pelo sistema de saúde.

- **Aceitabilidade:** é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência, preferências do paciente quanto aos custos da assistência (GASTAL, 1995).
- **Legitimidade:** é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.
- **Equidade:** é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Para avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados. Os processos de avaliação dos serviços de saúde podem ser internos ou externos. A habilitação pela vigilância sanitária, o credenciamento, a categorização como amigo da criança e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass) são exemplos da avaliação interna.

Os Prêmios de Qualidade da Gestão e a acreditação são exemplos de avaliação externa. A acreditação é um procedimento de avaliação sistêmico da qualidade, que procura abranger os aspectos de estrutura, processo e resultados. É voluntário, confidencial, periódico, baseado em padrões previamente conhecidos e executado por uma entidade independente do estabelecimento avaliado. Os processos existentes estão muito baseados no processo iniciado em 1919, quando o Colégio de Cirurgiões adota o “Padrão Mínimo”, um conjunto de cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, que incluíam a necessidade de existência de um corpo clínico licenciado, de caráter e com ética profissional, a exigência do registro de todos os atendimentos e a existência de instalações adequadas para o diagnóstico e o tratamento.

Dois importantes exemplos de programas de avaliação desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, baseados em padrões de qualidade, são o **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq)** e o **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (Pnass)**.

### **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – Pmaq**

O Pmaq foi instituído em 2011 com o Incentivo Financeiro do Pmaq-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB), no sentido de atrelar o processo avaliativo a uma remuneração adicional por desempenho.

Foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos, nos quais Ministério da Saúde e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do Programa que possa permitir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da Atenção Básica em todo o Brasil. O principal objetivo do Programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. O Pmaq está organizado em quatro fases: que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; e Recontratualização.

A primeira fase do Pmaq consiste na etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica com os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Esta fase está organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente; e Apoio Institucional). A terceira fase consiste na avaliação externa que será a fase em que se realizará um conjunto de ações que averiguará as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa. E, finalmente, a quarta fase recontratualização é constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do Pmaq.

**O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (Pnass)** originou-se do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (Pnash), desenvolvido a partir de 1998. Em 2004, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC/SAS/MS), em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), ampliou o escopo do Pnash, possibilitando a avaliação da totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada e dando origem ao



Pnass. A Portaria GM/MS nº 28, de 8 de janeiro de 2015, reformula o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (Pnass).

O Pnass tem como objetivo geral avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido.

Seus objetivos específicos são consolidar o processo de avaliações sistemáticas dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares; conhecer o perfil da gestão dos estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados; aferir a satisfação dos usuários do SUS nos estabelecimentos avaliados; incorporar indicadores que meçam o resultado da atenção/assistência prestada pelos estabelecimentos avaliados; conhecer a inserção dos estabelecimentos de Atenção Especializada avaliados como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde; incentivar, pedagogicamente, a cultura avaliativa no processo de trabalho dos gestores de saúde; incentivar a cultura avaliativa em estabelecimentos de saúde do SUS; consolidar o Pnass como instrumento de gestão do SUS e transformá-lo em ferramenta estratégica de regulação do SUS.

Para a definição dos estabelecimentos a serem avaliados, utilizou-se da modalidade amostral por conveniência decidida pelo Ministério da Saúde, tendo como critério básico os estabelecimentos nos quais o Ministério da Saúde efetuou um aporte significativo de recursos financeiros, decorrentes de políticas prioritárias. Em parceria com o DATASUS/RJ, customizou-se o Sipnass versão 2004/2005, adequando seus requisitos funcionais e não funcionais para atender ao atual processo de avaliação-do Pnass 2015.

São critérios de inclusão dos estabelecimentos:

Estabelecimentos que receberam recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC).

Estabelecimentos habilitados/qualificados na Rede Cegonha.

Estabelecimentos habilitados/qualificados na Rede de Urgências e Emergências.

Estabelecimentos habilitados em Terapia Renal Substitutiva (TRS).

Estabelecimentos habilitados como Centro Especializados de Reabilitação (CER).

Estabelecimentos habilitados em Oncologia. Estabelecimentos hospitalares de natureza jurídica pública (federais, estaduais ou municipais).

São critérios de exclusão os estabelecimentos hospitalares considerados como HPP, definidos como aqueles que tinham 49 leitos ou menos (leitos de especialidades mais os complementares) e Hospitais Psiquiátricos. Os HPP foram objeto de avaliação pelo Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências do Ministério da Saúde (DAHU/SAS/MS) por outro tipo de instrumento de avaliação. O Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde possui um conjunto de três instrumentos avaliativos distintos:

**Roteiro de Itens de Verificação** – avalia os vários elementos da gestão e é composto por cinco blocos que, por sua vez, se subdividem em *CRITÉRIOS* ou tópicos:

Bloco I – Gestão Organizacional (*cinco critérios*)

Bloco II – Apoio Técnico e Logístico para a produção de cuidado (*sete critérios*)

Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado (*quatro critérios*)

Bloco IV – Serviços/Unidades específicas (*nove critérios*)

Bloco V – Assistência Oncológica (*cinco critérios*)

**Questionário dirigido aos usuários** – avalia a satisfação do usuário para com a assistência recebida pelos estabelecimentos a serem avaliados, e corresponde a um questionário com questões fechadas.

**Conjunto de indicadores** – avalia resultados e corresponde a um conjunto variado de indicadores, construídos a partir dos vários bancos de dados ou sistemas de informação alimentados pelos estabelecimentos. A sua definição e construção será feita por um grupo técnico formado pelo DRAC/SAS e o conjunto das universidades federais.

## REFERÊNCIAS

- AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
- AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, p. 64-71, 1990.
- BRANCO, M.A.F. **Informação e Saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 200 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 382 em 10 de março de 2005**. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-382.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2005.
- CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: IDS/ FSP/USP, 1998. (Série saúde e cidadania, v. 6.).
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise e implantação de programa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 29-48.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.
- FERREIRA, S. M. G. **Sistema de informação em saúde: conceitos fundamentais e organização**. Belo Horizonte: Nescon/Faculdade de Medicina/UFMG, 1998-1999.
- HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- LAURENTI, R. et al. **Estatística de saúde**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.
- MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.
- MINAYO, M. C. de S. **Avaliação qualitativa de programas ou serviços de saúde**. [S.l.]: ENSP/ Fiocruz, 1993.
- MORAES, I. H. S. **Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. [S.l.]: OPAS, 2008.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. [São Paulo]: EDUSP, 2001.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

## MÓDULO 3 REGULAÇÃO DO ACESSO

**Oficina 3.1 – Regulação do acesso nos serviços de saúde**

**Oficina 3.2 – O Complexo regulador**

**Oficina 3.3 – Desafios para uma regulação produtora de cuidado**



# Oficina 3.1 – Regulação do acesso nos serviços de saúde

## Objetivo

- Promover a reflexão sobre os processos de regulação do acesso desencadeados a partir da atenção básica e nos demais estabelecimentos e serviços de saúde.

## Conteúdos

- Regulação do acesso à assistência.
- Instrumentos de regulação do acesso e gestão da clínica.
- Regulação do acesso a partir da atenção básica.
- Regulação do acesso à atenção especializada.
- Importância dos processos de Telessaúde para a regulação do acesso.

## Atividades

- Em grupo, leitura do texto base e discussão **“O Caso do Seu João”**
- Reflexão e registro dos processos de regulação do acesso a partir da atenção básica e em cada um dos serviços de saúde.
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

## “O CASO DO SEU JOÃO”



Seu João, morador de Recaminho, viúvo de dona Maria e irmão de dona Antônia, apresentou inchaço no corpo, fortes dores de cabeça e nas pernas como vinham ocorrendo há vários meses e foi atendido no pronto-socorro da cidade. Foi medicado na hora por causa da pressão alta, mas o médico disse que não podia lhe receitar tratamento sem saber do que se tratava e o encaminhou para consulta de Cardiologia, Nefrologia e Neurologia. Seu João foi à unidade de saúde (US) para tentar marcar as consultas com os especialistas, mas não conseguiu. Foi inserido na fila de espera da unidade para consulta com o clínico. Uma semana depois, ainda com fortes dores de cabeça, foi novamente ao pronto-socorro do hospital e com a ajuda de uma funcionária, foi examinado por um médico neurologista que estava de plantão como clínico, onde foi novamente medicado. O neurologista solicitou uma tomografia e pediu que seu João iniciasse o tratamento para hipertensão na sua US. Foi novamente à US e procurou pelo agente comunitário de saúde (ACS) de sua microárea que o informou que a sua equipe de Saúde da Família (eSF) estava sem médico e o encaminhou para o acolhimento da US. Foram solicitados vários exames pela enfermeira, no acolhimento. Ele deveria voltar no dia seguinte em jejum para colher sangue e os demais exames. Com piora do seu quadro clínico seu João passou mal durante a noite e foi internado. Após 30 dias retornou à US para saber da sua consulta com o clínico e foi informado que continuava na fila de espera sem previsão de agendamento, mas ele poderia ir direto ao ambulatório de especialidades (AE) da cidade de Beira Rio, e procurasse pela enfermeira Sonia, funcionária do AE e moradora de Recaminho. A enfermeira Sonia conseguiu um encaixe na agenda do nefrologista, que após consulta e realização de exames detectou diabetes e hipertensão arterial, além de uma doença renal crônica com indicação de terapia renal substitutiva (TRS) e inscrição em fila de transplante renal. Seu João foi encaminhado para a Central de Regulação Ambulatorial (CRA) do município de Beira Rio para autorização prévia de tratamento em TRS. A CRA verificou que o seu João residia em Recaminho, cuja referência para o tratamento em TRS é o próprio município e o orientou a retornar à sua US

para receber as devidas orientações para tratamento em TRS em Recaminho. A sua US verificou que a solicitação apresentada pelo seu João para realizar o tratamento de TRS era da cidade de Beira Rio. A enfermeira da US informa que ele deverá passar pelo clínico da US para novo pedido de tratamento TRS, e por não haver médico na eSF e nem clínico na US a diretora vai solicitar para o pediatra “trocar” a guia.



## REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA



A Regulação do Acesso é uma função de gestão que visa promover a equidade do acesso e a busca da integralidade da assistência por meio do ajuste da oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do usuário, devendo este ajuste ser realizado de forma ordenada, oportuna e racional. A Regulação do Acesso pode ser entendida como sendo a intervenção do gestor na relação do usuário que busca um atendimento com o estabelecimento de saúde. O gestor, preferencialmente com os representantes dos usuários, cria normas, fluxos, processos e/ou regras que definem como, onde e quando se dará esta relação.

Ela é operacionalizada por meio do controle do fluxo da demanda assistencial existente em todas as unidades prestadoras de serviços e/ou por meio do redimensionamento da oferta, reduzindo ou ampliando esta oferta de acordo com as necessidades da população.

A Regulação do Acesso tem como uma das principais ações instituir processos de regulação, baseados em protocolos de regulação e nos processos de programação assistencial, a partir do acesso às ações e aos serviços de saúde por meio das portas de entrada do SUS, conforme definidas pelo Decreto nº 7.508/2011, instituindo ferramentas de gestão da clínica, possibilitando o caminhar nas linhas de cuidado por dentro dos serviços e por toda a rede de atenção, organizando e coordenando os fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, com ênfase na necessidade do cuidado, considerando a referência e a contrarreferência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Cabe à Regulação do Acesso propor e coordenar a elaboração e a utilização de protocolos de regulação que contemplem fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, critérios de encaminhamentos, classificação de risco e priorização, além de constituir agenda permanente nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) para discutir e aperfeiçoar os processos de regulação, na respectiva região de saúde, por meio da criação de comitês regionais ou grupos de trabalho de regulação.

Para a integralidade da assistência e a equidade do acesso são necessárias mudanças na produção do cuidado em todos os níveis ou pontos de atenção, partindo-se da atenção básica, na atenção secundária e na atenção às urgências integrando todos eles por meio de fluxos direcionados de forma singular e sempre guiados pelo projeto terapêutico do usuário visando ao acesso seguro às tecnologias necessárias à sua assistência e ao restabelecimento da sua autonomia.

Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade das ações por intermédio do aumento da resolubilidade, de respostas adequadas aos problemas clínicos e da satisfação do usuário.

A regulação deve ocorrer no território de saúde, tanto na microrregião quanto na macrorregião de saúde, em busca do acesso ao cuidado, em redes de atenção e deve contribuir na organização das linhas de cuidado.

A adoção do modelo de linhas de cuidado permite o trânsito desimpedido e oportuno dos usuários pelas possibilidades de ações de prevenção, diagnóstica e terapêutica, em resposta às suas necessidades. A regulação por linhas de cuidado deve nos aproximar ao máximo da necessidade dos usuários considerando a subjetividade da produção do cuidado e a singularidade de cada indivíduo e de cada território.

A Regulação do Acesso, quando articulada com as ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação, é entendida como Regulação da Atenção.

A regulação, pautada pelo cuidado integral, deve implementar as ações-meio que facilitem o acontecer das ações da atenção, estabelecendo em contratos de compromisso com os prestadores que as autorizações, realizadas de maneira desembaraçada e ágil, garantam a referência, para a consulta, terapia ou exame, de um nível de atenção ao outro. Nesse sentido, devem assegurar o local, o profissional e o horário de atendimento, assim como o leito, na medida da gravidade do problema de saúde e da complexidade tecnológica da resposta exigida; e que todos os procedimentos executados sejam monitorados quanto à adequação, à necessidade de procedimentos complementares, à realização, à qualidade e ao justo custeio.

Introduzir ações reguladoras em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado da situação de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência e às ações de controle e avaliação. Deve-se conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção básica, buscando apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, fator decisivo na definição de prioridades para as ações reguladoras. Levantar e mapear a



população que este sistema de saúde pretende atingir, seus fluxos, a abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a situação cadastral dessa população. É necessário ainda identificar as dificuldades da Atenção Básica e suas principais necessidades e demandas. A regulação precisa fazer gestão da demanda para além da gestão da oferta no sentido de conseguir fazer gestão da utilização no sentido de promover acesso e cuidado.

A Regulação do Acesso nas unidades de saúde da Atenção Básica passa pela forma como os processos de trabalho de acolhimento e matriciamento, por exemplo, estão organizados e como os processos de trabalho têm sido analisados e discutidos. Para além da dimensão governamental, todos regulam, os cidadãos, os trabalhadores, os legisladores etc., cada um sob lógicas e intencionalidades distintas. Nesse sentido, é preciso reconhecer e analisar os mapas de cuidado traçados pelos usuários. A Regulação do Acesso deve se constituir como uma equipe de integração, de facilitação do acesso e acima de tudo promotora de encontros.

Em parte dos municípios brasileiros, as consultas e os exames costumam ser utilizados sem considerar a gravidade do paciente. Estes recursos, em alguns casos, são disponibilizados com base em influências pessoais e vários estabelecimentos de saúde recebem diretamente pacientes procedentes de outros municípios por meio de encaminhamentos diretos entre profissionais e serviços, o que compromete a capacidade de atendimento da população e a programação estabelecida com os outros municípios.

Observa-se ainda a recusa de alguns estabelecimentos de saúde em atender pacientes crônicos, portadores de patologias complexas, que apresentam quadro clínico complicado ou que não oferecem perspectiva de lucro financeiro.

Também pela ausência de uma regulação efetiva, as consultas e exames especializados são acessados por meio de uma procura direta ou por agendamentos feitos por solicitações/intervenções de políticos e/ou profissionais que trabalham nos setores de marcação das unidades públicas e contratadas, sem avaliação da necessidade clínica frente às demandas por atendimento de toda a população. Com isso, a produção de serviços destas unidades é realizada à revelia do planejamento e do controle do gestor.

A própria Regulação do Acesso, com certa frequência, tem sido entendida apenas como a implantação de computadores, redes de comunicação, centrais de internação, de consultas e exames, ou de normas e protocolos. No entanto, deve ficar claro que a Regulação do Acesso é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações dirigidas aos estabelecimentos públicos e privados, gerentes e profissionais de saúde e que são utilizadas para ordenar, orientar, intermediar e definir o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades.

A sua organização deverá adequar todos os processos dessa área de conhecimento

às especificidades locais, numa lógica de alocação de recursos pautada pelas reais necessidades da população, e não pela oferta dos prestadores de serviços. Portanto, além de estarem articuladas e integradas com as áreas assistenciais da Atenção Básica, da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, as suas ações devem também estar articuladas e integradas com as ações de Planejamento, Programação, Contratação, Controle, Avaliação e Ouvidoria.

Esta articulação e integração da regulação com as unidades assistenciais permite que o cadastro de estabelecimentos e de profissionais seja verificado à luz da oferta potencial dos prestadores de serviços, subsidiando a sua contratação e a programação da atenção.

Além disso, a padronização das solicitações de consultas, exames e internações, realizadas por meio da lógica dos protocolos assistenciais, subsidiam a regulação e as autorizações prévias para a assistência prestada por estes níveis.

Por sua vez, a implantação de uma estrutura de avaliação das ações de atenção à saúde sobre estruturas, processos e resultados e de uma escuta qualificada pela ouvidoria permitem um descortinar de problemas para as ações de controle e auditoria assistencial, que levam a melhor planejamento e ajuste contínuo na execução do conjunto de processos gerenciais com conseqüente melhoria da qualidade, eficiência, eficácia e efetividade da gestão.

São competências da Ouvidoria do SUS analisar, de forma permanente, as necessidades e os interesses dos usuários do SUS, e detectar, mediante procedimentos de ouvidoria, as reclamações, as sugestões, os elogios e as denúncias, para subsidiar a avaliação das ações e serviços de saúde pelos órgãos competentes.

Os gestores de saúde devem utilizar os dados dos serviços de Ouvidoria do SUS como ferramenta para o estabelecimento de estratégias da melhoria do acesso às ações e aos serviços de saúde prestados pelo SUS. A ouvidoria pode atuar em parceria com a Central de Regulação qualificando as informações a partir das manifestações de reclamações dos usuários ou atuar proativamente para atualizar as informações a partir dos bancos de dados da regulação, orientar o usuário sobre o funcionamento do SUS no seu município, disseminar informações sobre os gastos de saúde com internações e procedimentos. Essa atuação da ouvidoria se caracteriza pela busca ativa de informações do serviço de ouvidoria ao cidadão por meio das pesquisas em geral e da carta SUS enviada ao usuário.

Com a finalidade de melhor proteger os direitos fundamentais dos cidadãos, os serviços de ouvidoria deverão, cotidianamente, atuar em cooperação com os órgãos e entidades de defesa dos direitos do cidadão.



Outro ponto importante a ser considerado é o desenvolvimento de ações de supervisão ambulatorial e hospitalar que permitem maior controle da execução do atendimento, monitorando a adequação assistencial, qualidade e satisfação do usuário além dos aspectos contábeis e financeiros.

Há ainda um recurso importante e disponível na maioria dos municípios voltado a pacientes acamados ou com mobilidade reduzida ou nula, temporária ou permanente, que não possuem condições de utilizar o transporte coletivo, e que necessitam deslocar-se de seu domicílio para um estabelecimento de saúde para realização de consultas, exames ou procedimentos dentro do município ou em outras cidades, estamos falando do serviço de transporte sanitário que, se articulado à central de regulação, contribui para diminuição da taxa de absenteísmo.

## **INSTRUMENTOS DE GESTÃO DA CLÍNICA PARA A REGULAÇÃO DO ACESSO**

As ferramentas de Gestão da Clínica contribuem com as ações de Regulação do Acesso e podem agregar maior resolutividade com o avanço da integralidade como eixo prioritário do cuidado em redes de atenção.

A gestão da clínica, ampliada e compartilhada, traduz-se numa ampliação do objeto de trabalho e na busca de resultados eficientes, com inclusão de novos instrumentos. Utiliza-se de protocolos construídos coletivamente e revisados de maneira permanente, com comunicação ágil e imediata entre as equipes de cuidado, discussão de casos traçadores e contribuem com a análise e revisão de pactos, ferramentas de segunda opinião, telessaúde, matriciamento, apoio matricial e institucional com foco nas redes territoriais.

O protocolo clínico (diretrizes clínicas) é o instrumento que tem como objetivo atenuar a variabilidade de condutas clínicas e garantir atendimento mais qualificado ao paciente. Eles são melhores construídos e mais bem aceitos quando elaborados por meio de recomendações, práticas de consenso e quando baseados em evidências.

As Diretrizes Clínicas com base em evidências científicas com o propósito de influenciar nas decisões dos profissionais de saúde e dos pacientes que são as linhas guias e os protocolos clínicos, que normalizam todo o processo e o padrão de atenção no cuidado em saúde, orientando a equipe de saúde quanto ao planejamento local, fornecendo indicadores e parâmetros para a construção de sistema de informação para monitoramento e avaliação das ações.

As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a determinada condição ou patologia, realizadas de modo a normalizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção

primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção de um sistema integrado de serviços de saúde. As linhas-guia normalizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da Atenção Primária à Saúde. Por essa razão, as linhas-guia são o instrumento fundamental da tecnologia de gestão de patologia.

Os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou patologia e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de prevenção, diagnóstico, cura/cuidado ou reabilitação, onde os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade.

Trabalhar à luz de protocolos que induzam à resolutividade neste nível de assistência é passo importante para reduzir o impacto negativo da insuficiência apresentada hoje, no país, no acesso e financiamento das ações de média complexidade ambulatorial.

Protocolo é um conjunto de regras ou deliberações de como determinado processo deverá ser executado ou de como uma escolha deverá ser feita. Os protocolos de regulação do acesso são conjunto de diretrizes para a organização do processo de regulação, promovendo a utilização adequada e racional das ações e serviços de saúde, nos diversos âmbitos de atenção, sendo composto por critérios de encaminhamentos, classificação de risco e vulnerabilidade, fluxo de acesso e outros instrumentos, de acordo com a necessidade local.

O mapeamento dos fluxos e da abrangência das ações de atenção primária é necessário para a construção de protocolos de acesso às unidades especializadas, além de incidir sobre importante porta de acesso, por onde é desencadeada uma parte significativa das ações e dos serviços de saúde.

Fazem parte dos protocolos de regulação do acesso:

- O protocolo de encaminhamento ou critérios de encaminhamentos são ferramentas do cuidado e de gestão, geralmente é de uso local e orienta as decisões dos profissionais solicitantes, define o que o estabelecimento encaminhará ou não para outros níveis da atenção, ou seja, este protocolo define o nível de resolubilidade do estabelecimento e/ou da atenção básica.
- A classificação de risco e vulnerabilidade é um processo sistemático, que identifica os usuários que necessitam de cuidado e prioriza os casos semelhantes a ele enviados. A priorização é baseada em critérios e protocolos previamente estabelecidos, considerando o potencial de risco, agravos à saúde, grau de sofrimento e vulnerabilidade.
- Fluxo de acesso são estratégias e mecanismos de acesso às ações e aos

serviços de saúde, pactuados no território, com base nas necessidades da população e na organização da RAS.

As tecnologias de Gestão da Clínica que estão diretamente relacionadas às diretrizes clínicas são:

**Figura 1 – As Tecnologias de Gestão da Clínica**



Fonte: Mendes (2011).

- a) Gestão de Condições de Saúde que consiste no desenvolvimento de intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença, no seu tratamento e reabilitação, englobando todos os pontos de atenção, com o objetivo de alcançar bons resultados na qualidade da atenção à saúde e a eficiência dos serviços, com base na evidência disponível na literatura científica. A organização por linhas de cuidado pressupõe processos de gestão das condições de saúde nas redes de atenção.
- b) Gestão de Casos é um processo cooperativo que se desenvolve entre o gestor de caso e o usuário para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa. Propicia uma atenção de qualidade, personalizada e humanizada, melhorando a qualidade do cuidado, diminuindo a fragmentação da atenção, permitindo identificar as pessoas com maior risco. A construção de projetos terapêuticos singulares permite a identificação de necessidades e o compartilhamento de decisões, construídos pelas equipes de Atenção Básica. No âmbito hospitalar, casos de maior permanência, identificados por sistemas de gerenciamentos de leitos por cores, como o Kanban, podem se traduzir em importante ferramenta para a construção de projetos terapêuticos compartilhados e gestão de alta hospitalar em redes.
- c) Auditoria Clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade

da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e no tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observando a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos.

- d) As listas de espera constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que existe desequilíbrio entre oferta e demanda. Essa tecnologia para funcionar adequadamente implica duas condições essenciais: a transparência e o ordenamento por riscos do acesso da população aos serviços de saúde.

A auditoria assistencial ou clínica é uma importante ação de regulação da atenção e do acesso que, “tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados” e refere-se a um processo regular que visa aferir e induzir qualidade no atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalhos normatizados e pactuados.

A auditoria busca com suas ações a qualidade da atenção à saúde da população. Uma forma de representar a auditoria clínica é como um ciclo (Figura 2). A base operacional desse ciclo é a comparação da prática clínica corrente com padrão normativo ótimo. Se o serviço prestado não coincidir com o padrão normativo, devem introduzir-se mudanças para melhorar a qualidade. O ciclo da auditoria clínica é um processo que apresenta seis momentos: a identificação do problema a ser auditado; o estabelecimento de padrões ou metas ótimos; a avaliação do grau de consistência entre o padrão e o problema escolhido, estabelecendo a brecha a ser superada pela auditoria; a identificação das mudanças necessárias para que o problema seja superado; a implementação das mudanças identificadas; e a monitoria do processo de mudança. A experiência tem demonstrado que a fase mais crítica do ciclo da auditoria clínica é a implementação das mudanças, o que é, muitas vezes, desconsiderado nos sistemas tradicionais de auditoria em saúde.





**Figura 2 – O ciclo da Auditoria Clínica**



Fonte: Mendes (2006).

## REGULAÇÃO DO ACESSO A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA

A Regulação do Acesso a partir da atenção básica compreende e articula uma série de ações que contribuem para que o usuário adentre o Sistema de Saúde e percorra um fluxo de encaminhamento definido, na busca de atendimento às suas necessidades.

Os municípios devem organizar uma atenção básica que seja resolutiva e que faça encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência. Uma atenção básica, coordenadora e ordenadora do cuidado, em que a regulação do acesso passe a fazer parte do processo organizativo do modelo de atenção adotado, respaldado por responsabilidades nos diversos níveis de atenção.

Uma ferramenta importante para efetivação da regulação do acesso na atenção básica é a constituição de um espaço para qualificação das solicitações dos usuários, seja como Apoio Matricial ou outros Encontros Técnicos onde os profissionais de saúde lançam mão das listas de acesso, dos protocolos de regulação, das ofertas disponíveis, da localização dos estabelecimentos executantes, das prioridades de gestão, da linha de cuidado, das condições sociais e clínicas do usuário para priorizar o agendamento. Utilizam as cotas ou os bolsões disponíveis na unidade de saúde para agendamento, esgotando todos os recursos disponíveis neste primeiro nível da atenção.

Os Encontros favorecem a apropriação das ações regulatórias e o uso das ferramentas de regulação pela atenção básica de forma organizada e de forma integrada aos objetivos da Regulação do Acesso.

Os reguladores da Central de Regulação podem fomentar esses Encontros, entre a atenção básica e a especializada, pautando temas relevantes, tais como a perda primária e absenteísmo, critérios para cotas, elaboração ou revisão de protocolos etc.

Potencializar a capacidade resolutiva da atenção básica reduz a demanda para os níveis mais complexos e especializados, viabiliza a adequada hierarquização da rede e, por consequência, a adoção de fluxos referenciados e mais equânimes, aproximando o processo assistencial da população e da comunidade.

O agente comunitário de saúde (ACS) deve ser capacitado para identificar, quando das visitas domiciliares, demandas percebidas e/ou não percebidas das pessoas e famílias e encaminhá-las por meios da ESF; pode viabilizar convocações para a realização de procedimentos; agendar procedimentos; lembrar datas e condições para a realização de procedimentos, desmarcar e ou comunicar adiamentos etc.

Entre as diversas ações regulatórias desenvolvidas na atenção básica, o acolhimento surge como possibilidade de operacionalizar o processo de produção da relação usuário-serviço favorecendo o acesso aos serviços de saúde em primeira instância.

A US deve se organizar por meio de processos tipo acolhimento, triagem, recepção, de tal forma que possa identificar a necessidade do usuário que a procura e dar um efetivo encaminhamento.

A qualificação técnica dos profissionais que trabalham na recepção contribui para melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde. Uma recepção preparada para “acolher” o usuário na sua necessidade, orientando-o sobre o fluxo interno da unidade de saúde que ele deverá percorrer até a sala do médico, sobre os documentos necessários para a efetivação da consulta, ou no agendamento de consultas de retorno, ou de agendamento para outros procedimentos são ações produtoras de cuidado.

O Acolhimento, como parte da Política Nacional de Atenção Básica abre as portas às necessidades do usuário.

[...] O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão,



amparar, orientar, negociar. É um processo nos quais trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde (SOUZA, 2008).

Ou seja, o acolhimento deve ser o momento de identificação das necessidades, de marcação, remarcação ou cancelamento de agendamentos existentes, de verificar qual a melhor opção de data, local e horário para a busca de vaga para o usuário.

Pautar a discussão e o aprofundamento dos conceitos de Acesso, Acessibilidade e Acolhimento com as USs, seja com a AB e/ou Especializada, propicia repensar a lógica da organização do fluxo interno. O profissional da regulação tem um acúmulo de conhecimentos e informações que podem auxiliar as discussões sobre as práticas assistenciais enquanto processos regulatórios.

A central de regulação tem condições de produzir informações sobre perda primária, absenteísmo, listas de acesso e assim subsidiar a pactuação do quantitativo das vagas de primeira vez, retorno e reserva técnica entre as USs e fomentar encontros para melhoria da assistência.

Os quantitativos de vagas, o período de liberação das agendas, os critérios para reagendamentos, critérios para uso das vagas de bolsão devem ser avaliados periodicamente com a participação da AB e Especializada e a central de regulação.

Alguns procedimentos serão agendados (nas cotas mensais) no próprio estabelecimento solicitante, mediante priorização das solicitações a partir da classificação de risco e vulnerabilidade avaliada pela equipe técnica da US.

Os procedimentos sob regulação, seja pela desproporção entre a oferta e a demanda ou pelo seu custo financeiro, ou pela disponibilidade em outro município ou estado, necessitarão de regulação em outra instância.

Dentro do universo de ações, serviços e procedimentos disponibilizados aos usuários SUS em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o gestor deverá pactuar com seus estabelecimentos e com os municípios referenciados os fluxos para o acesso em toda a linha de produção do cuidado garantindo a integralidade da assistência no território sob sua gestão.

Contudo, ainda é necessário investir em estrutura, em recursos humanos e em protocolos que definam níveis resolutivos e de atenção para as ações básicas. O conjunto de ações que vão diagnosticar e mapear a situação de saúde da

população e as bases cadastrais tem de relevar dois aspectos que iniciam o processo de mapeamento da rede e permitem um estudo associado de necessidade e capacidade instalada. Que são o gerenciamento das agendas e a cotização das vagas.

### **Gestão do uso das ofertas**

São comuns pacientes obrigados a se deslocarem periodicamente a um serviço de saúde para tentar agendar uma consulta, exame ou cirurgia ambulatorial. Essa prática gera grande demanda na porta dos estabelecimentos de saúde, causando tumulto, insatisfação e a sensação de absoluta inviabilidade.

A agenda eletrônica é um instrumento que documenta previamente as especialidades e os procedimentos que devem ser ofertados em data, dia e horários específicos, que permite ao gestor qualificar o acesso do usuário à assistência.

Ela também informa a produção em saúde e otimiza significativamente as ações de controle, facilitando a busca da equidade desse acesso, melhorando a comunicação entre o serviço e o paciente. O agendamento e a comunicação com o paciente são condicionantes importantes para um fluxo regulado e referenciado.

Diferenciamos dois tipos de agendas eletrônicas que auxiliam a organização do acesso dos usuários aos serviços de saúde: a agenda local de uso interno da US visa organizar e dar transparência dos agendamentos internos, e a agenda regulada que é uma agenda que disponibiliza consultas e exames especializados de uma unidade executante para agendamento *on-line* pelas unidades de saúde solicitantes. São agendas que se utilizam de critérios e padronizações para o seu uso, quase sempre explicitados por meio dos protocolos de acesso, suas vagas são cotizadas percentualmente entre as unidades solicitantes, a unidade executante e a central de regulação.

A cota é uma das ferramentas que possibilita a realização da regulação na Atenção Básica. O instrumento das cotas corresponde a uma divisão da oferta de todos ou de parte dos procedimentos produzidos pelo município seguido da sua disponibilização para os estabelecimentos solicitantes, cabendo a estes estabelecimentos criarem internamente critérios de uso delas.

Os critérios para a criação das cotas podem ser vários, desde o número dos estabelecimentos solicitantes existentes, até a proporção de consultas médicas, por tipo, solicitadas em cada estabelecimento.

O quantitativo de vagas para cotização deve considerar as unidades de saúde da Atenção Básica, as necessidades das Unidades Especializadas e as necessidades da central de regulação que se traduzem nos tipos de vagas de primeira vez,



de uso das unidades solicitantes, de retorno de uso da unidade executante e reserva técnica de uso da central de regulação.

*Exemplo: Um município que disponha de 1.000 consultas de Cardiologia e possua 10 estabelecimentos solicitantes, deve definir antes da cotização, o montante para as vagas de retorno, (por exemplo, 390 vagas); reserva técnica, de uso da central de regulação (por ex.: 10 vagas) e vagas de primeira vez de uso das unidades de saúde (600 vagas). Se o critério de cotização for paritário, cada US receberá 60 consultas que criará os seus próprios critérios de uso interno.*

O bolsão é um instrumento da regulação do acesso necessariamente decorrente da distribuição das cotas, já que ele corresponde ao remanejamento das cotas disponibilizadas para um ou mais estabelecimentos que não foram utilizadas até um determinado período. Quando um ou vários estabelecimentos não usam as suas cotas (agendam um paciente para ela) ou o fazem parcialmente, até um determinado instante (ex.: até sete dias antes da data da consulta, ou exame), estes exames ou consultas são retirados da gestão daquele(s) estabelecimento(s) e colocados em um local comum, podendo ser acessados e usados por todos os estabelecimentos. Este instrumento visa reduzir a perda primária, ou seja, o estabelecimento não agendou alguém naquela cota até um determinado período, ela é retirada desse estabelecimento e disponibilizada para todos os outros por meio do Bolsão.

A Gestão da Lista de Acesso ou Fila de Espera é uma tecnologia que normaliza o uso dos serviços/oferta em determinados pontos de atenção à saúde e estabelece critérios de ordenamento, risco e vulnerabilidade e promove a transparência deve ser realizada periodicamente em todos os serviços de saúde solicitantes na Atenção Básica e Especializada (ambulatorial e hospitalar) que a possui. A gestão da Lista de Acesso caracteriza-se pela avaliação com classificação de risco, pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo preestabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

A gestão das listas de acesso possibilita elaborar estratégias de aumento e/ou redirecionamento da oferta, após uma análise do seu tamanho, da criticidade e do tempo de permanência dos pacientes que se encontram nelas.

## **REGULAÇÃO DO ACESSO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

A atenção ambulatorial especializada tem uma característica específica ao atuar em âmbito especializado, sendo importante conhecer o corpo médico, sua carga horária e suas escalas de trabalho, bem como mapear os equipamentos para exames diagnósticos e sua capacidade produtiva. Este nível de atenção requer estrutura mais robusta para efetivar a regulação, pois não se restringe

às referências geográficas, como a atenção primária, já que as diversas USs têm capacidade resolutiva e perfis distintos.

É nessa esfera também que se iniciam os processos de referência entre municípios, fazendo com que todos os estudos de necessidade e fluxos da assistência lidem com a variabilidade do processo assistencial regional, que gera demandas sobre as quais a regulação nem sempre consegue atuar, por serem originadas fora da área de atuação da gestão do complexo regulador. A atenção ambulatorial especializada também tem a característica de lidar com um grande volume de pacientes, e, em vários casos, é gerado nesse nível de assistência, grande volume de demanda reprimida, necessitando de estudos e ações que impactem diretamente nessa situação. É comum a ação reguladora começar atuando sobre a demanda reprimida, sua organização em filas e seus fluxos de agendamento e priorização.

A atenção ambulatorial especializada tem uma lógica de trabalho voltada para o dimensionamento e o controle de cotas das consultas e procedimentos que devem ser distribuídas entre as USs solicitantes. Os critérios para cotização devem ser definidos de forma conjunta com a Atenção Básica e a central de regulação. Essa distribuição deve atender às demandas eletivas, evitando a centralização da origem da demanda em um conjunto restrito de unidades, bem como deve ter na ação reguladora a garantia de acesso imediato às urgências. Contudo, esta ação deve estar calcada em protocolos para evitar distorções que privilegiem uns em detrimento de outros, que podem estar aguardando em listas de acesso. Além disso, é necessário criar oportunidades para a singularidade de cada caso e de cada cena em particular, estabelecendo ágeis canais de comunicação com as equipes da Atenção Básica, considerando que todos fazem gestão e regulam, em seus espaços de atuação cotidiana. Processos de apoio matricial com especialistas em determinadas linhas de cuidado tem indicado uma ampliação da clínica da Atenção Básica com importante redução da demanda e das filas.

Podemos listar inúmeros desafios da regulação do acesso na atenção ambulatorial especializada, tais como a gestão das agendas de consultas e exames, a gestão dos fluxos internos de solicitações de exames e interconsultas, a comunicação com os pacientes, o monitoramento e controle do absenteísmo, a organização do acesso calcada no uso de protocolos e na triagem de necessidade e priorização, a gestão dos fluxos referenciados e a construção de grades de referência e contrarreferência, mas acima de tudo, está em aproximar a atenção especializada da atenção básica e produzir cuidados em redes de atenção de forma resolutiva.

Há que se organizar na atenção ambulatorial especializada uma regulação do acesso que trabalhe com as centrais de regulação e US da atenção básica, de



forma que os agendamentos sejam dinâmicos, efetivos e eficazes. A distribuição de vagas de primeira vez, retorno e reserva técnica e a ativação das agendas, por exemplo, devem atender à necessidade dos usuários e não a necessidade única e exclusiva do profissional ou da unidade executante.

A Regulação do Acesso também deve estar organizada nos vários serviços que compõem as redes de atenção, podendo acontecer de maneira muito específica e singular nas redes de DST/Aids, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, Saúde do Idoso, Práticas Integrativas, entre outras. Deve se considerar ainda que o acesso à assistência farmacêutica também compõe processos regulatórios com as redes de atenção.

A Regulação do Acesso na atenção hospitalar, pela sua complexidade operacional, fica muito facilitada quando em cada estabelecimento (solicitante e executante) é constituído um núcleo específico para operacionalizá-la. Nos estabelecimentos ambulatoriais (particularmente nas USs da Atenção Básica), eles têm frequentemente recebido o nome de Núcleo de Regulação Local, já nos hospitais basicamente está consolidado o Núcleo Interno de Regulação (NIR), conforme Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de abril de 2013.

O NIR é o setor responsável pela regulação dos leitos da unidade, de acordo com as necessidades do paciente e respeitando a missão, a visão, o perfil assistencial e a capacidade instalada da unidade. Realiza a gestão da oferta de leitos (inclusive de UTI), consultas, SADT e o circuito cirúrgico de maneira integrada.

Cabe ao NIR autorizar a internação do usuário bem como o acompanhamento do processo de internação, discutindo com as clínicas o momento de alta do paciente, articulando com a rede esta alta e a própria continuidade do cuidado.

O NIR faz a interface do hospital com as centrais de regulação e os núcleos internos de outras unidades, solicitando, quando necessário, exames, consultas e transferências das especialidades que a unidade não dispõe, assegurando o fluxo contínuo das informações e das internações conforme a pactuação estabelecida.

O NIR também é responsável pelas transferências internas dos usuários oriundos das portas de entrada: emergência, maternidade e pacientes eletivos, respeitando a pactuação com os coordenadores de serviços e protocolos estabelecidos.

O NIR trabalha diretamente com as equipes da Atenção Domiciliar, sendo o ponto de conexão do hospital com todos os estabelecimentos de saúde da rede.

Cabe ao NIR alimentar e monitorar o Sistema de Regulação diariamente e em tempo real/ou mais próximo do real as solicitações, as internações, a permanência, as transferências e as altas, mantendo atualizado o quadro

clínico, mudanças de clínicas, mudanças de procedimentos e mapa de leito além de elaborar relatórios para a direção contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidas em instância colegiada.

A equipe do NIR deve participar da construção dos Protocolos de Regulação e colaborar na proposição e atualização de protocolos de diretrizes clínicas e terapêuticas que estabeleçam critérios de indicação para o emprego dos recursos existentes na instituição opinando, inclusive, sobre eventuais incorporações de tecnologias consagradas.

Fisicamente, o NIR pode estar dentro do Serviço de documentação clínica ou arquivo clínico (Same), ou vice-versa, o importante é que os dois se interajam, sem necessariamente um estar contido no outro. Dependendo da pactuação municipal, regional ou estadual é possível o NIR estar subordinado ao próprio Complexo Regulador do município ou do estado.

## **IMPORTÂNCIA DOS PROCESSOS DE TELESSAÚDE PARA A REGULAÇÃO DO ACESSO**

O Ministério da Saúde vem implementando o Telessaúde enquanto programa, denominado PROGRAMA TELESSAÚDE BRASIL REDES, é uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação, que oferecem condições para promover a Teleassistência e a Tele-educação.

O Programa inicia-se em 2007 com o projeto-piloto em apoio à Atenção Básica envolvendo nove Núcleos de Telessaúde localizados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, com a meta de qualificar aproximadamente 2.700 equipes da Estratégia Saúde da Família em todo o território nacional e alcançar os seguintes objetivos:

- Melhoria da qualidade do atendimento na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), com resultados positivos na resolubilidade do nível primário de atenção.
- Expressiva redução de custos e do tempo de deslocamentos.
- Fixação dos profissionais de saúde nos locais de difícil acesso.
- Melhor agilidade no atendimento prestado.
- Otimização dos recursos dentro do sistema como um todo, beneficiando, dessa forma, aproximadamente 10 milhões de usuários do SUS.





O Telessaúde Brasil Redes é integrado por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais de saúde e serviços de saúde do SUS, sendo constituído por:

- Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico – instituições formadoras e de gestão e/ou serviços de saúde responsáveis pela formulação e gestão das Teleconsultorias, Telediagnósticos e Segunda Opinião Formativa.
- Ponto de Telessaúde – serviços de saúde por meio dos quais os trabalhadores e os profissionais do SUS demandam teleconsultorias e telediagnósticos.

O Telessaúde Brasil Redes disponibiliza aos profissionais e aos trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS os seguintes serviços:

- **Teleconsultoria** – é uma consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de Saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser síncrona (realizada em tempo real, geralmente por *chat*, *web* ou videoconferência) ou assíncrona (por meio de mensagens *off-line*).
- **Telediagnóstico** – é um serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico por meio de distância e temporal.
- **Tele-educação** – conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.
- **Segunda Opinião Formativa** – é uma resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS.

As Teleconsultorias, os Telediagnósticos, as Segundas Opiniões Formativas e as ações de Tele-educação demandadas pelos profissionais de saúde do SUS poderão ser elaborados e respondidos por teleconsultores a partir de qualquer Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico ou Ponto de Telessaúde.

- Em 2011, a Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes), e revoga a Portaria GM/MS nº 402, de 24 de fevereiro de 2010.
- A Portaria GM/MS nº 2.554, também publicada no dia 28 de outubro de 2011, introduz no Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde o componente de informatização e integração ao Telessaúde Brasil Redes. Os municípios poderão apresentar projetos ao Departamento de

Atenção Básica (DAB) da SAS/MS e poderão contar com o apoio e a cooperação técnica dos Núcleos de Telessaúde Técnico-Científicos já existentes.

- A expansão do Telessaúde Brasil Redes atenderá ao disposto no Decreto nº 7.508, na Portaria GM/MS nº 4.279, de 2010, que estabelece as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde e na Portaria GM/MS nº 2.073, de 31 de agosto de 2011, que estabelece os padrões de interoperabilidade de sistemas de informação em saúde.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências, 2012. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **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 Inter-federativa, e dá outras providências. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 2 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 ago. 2008. Seção 1, p. 48-49.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.146, de 7 de novembro de 2014.** Estabelece diretrizes para a organização e funcionamento dos serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas atribuições. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416\\_07\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2416_07_11_2014.html)>. Acesso em: 2 mar 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546\\_27\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 6).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Ouvidoria Ativa do SUS: ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão**. Brasília, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Brasília, 2014.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 122135, jan./jun. 2002.

CECILIO, L. C. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001. p. 113-126.

CECILIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

GIANNOTTI, E. M. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos**, 2013. 132 f. Tese (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MAGALHAES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.

\_\_\_\_\_. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Pensar BH Política Social**, Belo Horizonte, n. 2, p. 7-8, fev./abr. 2002.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, C. S. et al. (Org.). **A política de regulação do Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agirem saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113-150.

SANTOS, F. P. et al. A regulação pública da saúde no estado brasileiro: uma revisão. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, jun. 2011.



## Oficina 3.2 – O complexo regulador

### Objetivo

- Conhecer a organização do complexo regulador e sua importância para a regulação do acesso.

### Conteúdos:

- O complexo regulador.
- A implantação das centrais de regulação.

### Atividade

- Em grupo:
  - Leitura do texto base e da Política Nacional de Regulação.
  - Debate sobre as experiências individuais vivenciadas em organização de Complexos Reguladores e implantação de Centrais de Regulação.
- Elaboração de um plano para organização do Complexo Regulador de Recaminho.
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

## REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA



O complexo regulador é um componente de gestão do SUS formado por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, que operacionalizam a regulação do acesso em conjunto com as estratégias de regulação descentralizadas nas unidades de saúde (USs) da atenção básica (AB), especializada e de urgência. Permite ao gestor, articular e integrar a Central de Regulação Ambulatorial (CRA), Central de Regulação Hospitalar (CRH) e Central de Regulação de Urgência e Emergência (CRU), bem como estes com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde como a contratação, o controle assistencial e a avaliação, e também com outras funções da gestão como o Planejamento, a Programação e a Regionalização.

O complexo regulador, por meio das centrais de regulação, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa, classifica o risco, prioriza e realiza o agendamento, favorecendo o acesso às USs executantes, de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde.

O complexo regulador atua em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência/emergência, internações eletivas, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade e pode ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

- **Complexo Regulador Estadual:** gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde (SES), regulando o acesso às US sob gestão estadual, referência intraestadual e intermediando o acesso da população referenciada às US sob gestão municipal, no âmbito do estado. Também cabe a ele o papel de regular o acesso interestadual, por meio da articulação nacional via Central Estadual e Central Nacional de procedimentos de Alta Complexidade/custo (Cerac/CNRAC) dos procedimentos de alta complexidade/custo.
- **Complexo Regulador Regional:**
  - Gestão e gerência compartilhada (cogestão) entre a SES e as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às US sob gestão estadual e municipal,

- no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do estado.
- Gestão e gerência da SES, regulando o acesso às US sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às US sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional no âmbito do estado.
  - **Complexo Regulador Municipal:** gestão e gerência da SMS, regulando o acesso da população própria às USs sob gestão municipal e, quando pactuada, todos ou parte dos estabelecimentos sob gestão estadual, no âmbito do município, garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

## AS CENTRAIS DE REGULAÇÃO

A implantação das centrais de regulação deve considerar a realidade do território quanto à composição da RAS, contudo todos os municípios devem organizar ações de regulação a partir da atenção básica, para qualificar a demanda, avaliar as necessidades e os processos de referência e contrarreferência.

As unidades operacionais que compõem o complexo regulador são: a Central de Regulação Ambulatorial (CRA), a Central de Regulação Hospitalar (CRH) e a Central de Regulação das Urgências (CRU).

- **Central de Regulação Ambulatorial:** regula o acesso dos usuários aos serviços ambulatoriais, incluindo consultas especializadas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais. À Central de Regulação Ambulatorial cabe a regulação dos recursos mais escassos e estratégicos ao gestor local. Utiliza como estratégia operacional as vagas de reserva técnica.
- **Central de Regulação Hospitalar:** regula o acesso dos usuários às internações hospitalares, conforme organização local. A regulação hospitalar será organizada de forma integrada entre a Central de Regulação Hospitalar e as unidades de saúde hospitalares públicas e privadas sem fins lucrativos, por meio dos Núcleos Internos de Regulação (NIR) ou estruturas similares de gestão de leitos.
  - Cabe à Central de Regulação Hospitalar regular o acesso aos leitos hospitalares, a partir das portas de entrada do SUS, para os usuários com indicação do cuidado definida e/ou com necessidade de internação para continuidade da assistência, bem como as listas de acesso para as cirurgias eletivas.
  - Ao NIR cabe regular o acesso aos recursos necessários à movimentação interna de usuários, quanto à retaguarda cirúrgica e a transferência entre os diferentes tipos de leito, além das demais competências, conforme disposto na Política Nacional de Atenção Hospitalar.

- No caso de unidades hospitalares privadas com fins lucrativos, a Central de Regulação Hospitalar regulará o acesso à integralidade dos leitos vinculados ao SUS.
- **Central de Regulação de Urgência/Emergência:** regula o acesso dos usuários que necessitam de atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência e conforme organização local. A regulação das urgências será organizada de forma integrada entre a regulação do acesso ao cuidado necessário aos usuários com quadro clínico agudo e a regulação da atenção pré-hospitalar de urgência, conforme disposto na Política Nacional de Atenção às Urgências. A regulação das urgências considera a necessidade do cuidado imediato dos usuários com quadro clínico agudo, devendo prover acesso aos recursos necessários, independente da disponibilidade de leito hospitalar. A regulação das urgências deverá dispor de uma grade de referência pactuada e qualificada a partir da disponibilidade do suporte necessário ao usuário e do monitoramento da saturação das portas de entrada de urgência.
- A Central de Regulação de Urgência/Emergência pode ter o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) como um dos seus elementos, e/ou outros, como o atendimento de urgência/emergência oferecido pelos bombeiros, articulam os vários pontos de atenção da urgência/emergência, pré-hospitalares móveis, pré-hospitalares fixos, prontos atendimentos (PA), prontos-socorros (PS), salas de estabilização etc., conforme pactuação na Rede de Urgência e Emergência (RUE). Pode também fazer parte do próprio complexo regulador ou compor uma estrutura paralela, neste caso sempre articulada com o complexo regulador.
- **Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (Cerac):** regula o acesso de usuários advindos de outros estados, devendo estar integrada às centrais de regulação ambulatorial e hospitalares, bem como com a CNRAC.

É importante destacar que estas centrais de regulação são as estruturas básicas que constituem o complexo regulador; contudo é possível possuírem também centrais de regulação específicas, que atuam com um universo menor de procedimentos, como por exemplo: Central de Regulação de Terapia Renal Substitutiva (TRS), Central de Regulação de Transplantes, Central de Regulação de Partos, Central de Regulação Oncológica etc.





**Figura 1 – Exemplo de Estrutura Organizacional do Complexo Regulador**



Fonte: CGRA/DRAC/SAS – MS – 2015.

### **Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC**

O Ministério da Saúde, no âmbito da Secretaria da Atenção à Saúde (SAS) – Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) – Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação (CGRA), instituiu a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade/Custo (CNRAC), por meio da Portaria GM/MS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001, que tem como objetivo organizar a referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade, de caráter eletivo, nas especialidades de Cardiologia, Oncologia, Neurologia, Neurocirurgia, Traumato/Ortopedia e Gastreenterologia (somente para Cirurgia Bariátrica), quando houver ausência ou insuficiência comprovada de oferta desses procedimentos no estado de origem do paciente.

Integram à estrutura da CNRAC, as Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (Ceracs), estabelecidas em cada estado como parte do Complexo Regulador Estadual e com ação regulatória integrada à Central de Regulação Hospitalar.

Para garantir o tratamento de pacientes que necessitem de assistência de alta/média complexidade e cujos procedimentos não fazem parte dos ofertados pela CNRAC e novamente, quando o estado e/ou o município de origem desse paciente não dispôr dessa oferta, foi instituído o Tratamento Fora do Domicílio

(TFD). O deslocamento do paciente dar-se-á somente quando estiver garantido o atendimento no município de destino, por meio do aprazamento pela Central de Regulação Ambulatorial e pela Central de Regulação Hospitalar. As despesas permitidas pelo TFD são relativas ao transporte aéreo, terrestre e fluvial e as diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, como ocorre no caso da CNRAC.

## O PROCESSO AUTORIZATIVO

O processo de autorização de um conjunto definido de procedimentos ambulatoriais e da totalidade das internações hospitalares é obrigatório, devendo se basear nos protocolos clínicos e protocolos assistências preestabelecidos que definam a prioridade a ser dada aos casos. Essas autorizações prévias são realizadas usando os instrumentos denominados de AIH e Apac, respectivamente.

Assim podemos ter, com relação às internações, instâncias de autorização de cirurgias eletivas na média complexidade e as dos serviços de alto custo como o cardiovascular, neurocirúrgico e ortopédico, além dos casos específicos de Tratamentos Fora do Domicílio (TFD).

Nos casos da assistência de urgência/emergência, a autorização de internação hospitalar (AIH) não será prévia, mas deverá ocorrer no menor espaço de tempo após a sua realização. Em alguns municípios e/ou estados, podemos ter essas autorizações realizadas por meio de visitas diárias aos hospitais, pela chamada supervisão *in loco*.

Ressalte-se que os procedimentos eletivos de pacientes referenciados para outros municípios por intermédio do TFD, também são avaliados e autorizados e também levam em consideração a Programação Pactuada (PGASS) realizada entre os respectivos municípios da região de saúde.

A autorização é obrigatória para as internações Hospitalares (AIH) e para o conjunto predefinido de procedimentos de alta complexidade – Apac e Bpai, porém o gestor, por meio do seu setor de Controle das ações e serviços, pode incluir neste conjunto outros procedimentos cujo acesso se encontre estrangulado e que possam comprometer a propedêutica dentro de determinada linha de cuidado.

A terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, hemodinâmica, litotripsia, ressonância magnética etc., além de procedimentos considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, como as campanhas nacionais e da obrigatoriedade da autorização prévia, também devem ser documentados no SIA/SUS (Sistema de Informação Ambulatorial do SUS) de uma forma individualizada para que o gestor possa conhecer o perfil dos usuários e com isto melhor regular o sistema.

Obs.: Para todos eles existem laudos de solicitação específicos, que foram uniformizados e estão disponíveis na Portaria SAS/MS nº 768, de 26 de outubro de 2006. Para as AIH também existem os laudos próprios de solicitação e que foram revisados quando da implantação do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD) pela Portaria SAS/MS nº 743, de 22 de dezembro de 2005.

As Centrais de Regulação têm como objetivos:

- Identificar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos técnicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referência pactuados internamente e regionalmente.
- Registrar e dar resposta a todas as solicitações de acesso recebidas, usando para tanto toda a oferta disponibilizada, respeitando a prioridade de primeiro a oferta público, segundo a filantrópica e em terceiro a oferta privada conveniada/contratada.
- Referenciar demandas às outras esferas quando os recursos pactuados no território abrangido pela central de regulação forem insuficientes para atender ao acesso assistencial.
- Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes no SUS.
- Registrar sistematicamente os dados das regulações e missões, visando à produção de informações necessárias quando do papel de observatório da saúde que esta central possui.
- Produzir e disponibilizar relatórios e/ou informações necessárias às atividades da gestão, tais como: assistência, planejamento, programação, controle, avaliação e auditoria.
- Levantar e monitorar as necessidades assistências do município por meio da documentação e da análise da demanda dos usuários.
- Julgar e decidir sobre a gravidade de um caso que lhe está sendo comunicado por rádio ou telefone, estabelecendo uma gravidade presumida.
- Enviar os recursos necessários ao atendimento, considerando as necessidades e as ofertas disponíveis.
- Monitorar e orientar o atendimento feito pelos profissionais deslocados para o local do atendimento ou por leigos que se encontrem no local da situação de urgência.
- Definir e acionar o estabelecimento ou serviço de destino do paciente, informando-o sobre as condições e previsão de chegada dele, sugerindo os meios necessários ao seu acolhimento.
- Definir e pactuar a implantação de protocolos de intervenção médica pré-hospitalar, garantindo perfeito entendimento entre o médico regulador e o intervencionista, quanto aos elementos de decisão e intervenção, objetividade nas comunicações e precisão nos encaminhamentos decorrentes.
- Acionar planos de atenção a desastres que estejam pactuados com outros interventores, frente a situações excepcionais, coordenando o conjunto da atenção médica de urgência.

O aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico da central de regulação guardará correspondência com sua área de abrangência, com suas unidades de trabalho, com a densidade das áreas assistenciais associadas e com sua interface com os processos de gestão do SUS, em especial com a área de controle e avaliação.

As atividades desenvolvidas pelas centrais de regulação para o estabelecimento de um processo de regulação adequado são:

- Organizar e relacionar as várias unidades e serviços assistências existentes no território, por meio da construção e da pactuação de grades de referência. A CR deve conhecer todas as unidades de saúde do seu território, seja ela solicitante e/ou executante, bem como conhecer e se apropriar de todas as ofertas contratadas SUS, públicas ou privadas, disponibilizadas ou não em seu território. A apropriação de forma organizada possibilita a construção efetiva de grades de referências.
- Gerenciar a ocupação de leitos e o uso das agendas das unidades saúde executantes: Somente com a apropriação das ofertas é possível o gerenciamento da ocupação e do uso delas. O gerenciamento da ocupação do leito e do uso das agendas necessita do conhecimento prévio das características particulares de cada executante e de cada profissional. Por exemplo, leito adulto ou infantil, feminino ou masculino, agenda para atender cardiologia infantil ou adulta etc.
- A Central de Regulação de Urgência e Emergência pode se utilizar do recurso denominado “Vaga Zero” para a internação do paciente, quando da inexistência de leitos vagos, sempre em conformidade com o protocolo pactuado.
- Operacionalizar e monitorar os processos autorizativos (AIH, Apac, medicamentos de autocusto) isoladamente ou de forma integrada: O atendimento assistencial para esses procedimentos é regulado pela Portaria Ministerial específica e necessitam de controle e monitoramento, pois envolvem repasses financeiros aos executantes.
- Monitorar e controlar os limites físicos e financeiros dos recursos assistenciais ofertados: Cabe à Central de Regulação o ajuste dos recursos físicos, remanejando o saldo do quantitativo de um dado procedimento não utilizado para outro mais necessário, de acordo com as cláusulas contratuais, de forma a atender à necessidade dos usuários; os ajustes financeiros necessitam da aprovação do gestor e seguem a legislação vigente.
- Coordenar a definição e a operacionalização da classificação de risco e a vulnerabilidade com vistas à priorização das solicitações.
- A gestão da “lista de acesso” pressupõe a realização da priorização dos usuários. Cabe à central de regulação realizar a gestão periodicamente, e auxiliar a atenção básica no gerenciamento das listas de acesso das unidades de saúde.

- Executar a regulação do acesso em parceria com os profissionais solicitantes e executantes. Sempre que necessário estabelecer canal de comunicação entre o solicitante ou executante de forma a qualificar a solicitação e os critérios de agendamento, da melhor forma para o usuário.
- Coordenar com a Atenção Básica e Especializada a distribuição das ofertas assistenciais definindo os critérios para cotização, o quantitativo para as vagas de primeira vez, retorno e reserva técnica. A distribuição das ofertas é um processo dinâmico que deve ser revisto periodicamente.
- Gerenciar a distribuição e o monitoramento das cotas de procedimentos distribuídas às unidades de saúde – Atenção Básica e Especializada.
- Coordenar a criação e gerenciar o “bolsão” de ofertas – vagas, aumentando ou diminuindo o período de bolsão.
- Coordenar, em parceria com a Atenção Básica e Especializada, a produção e a atualização dos protocolos de regulação do acesso que contenham critérios de encaminhamentos, fluxos assistências e classificação de risco e vulnerabilidade, bem como a sua utilização.
- Fomentar encontros com as US da Atenção Básica e Especializada para tratar das perdas primárias, absenteísmos, das cotas, dos bolsões, da gestão das listas de acesso, da gestão das agendas e dos mapas de leitos, entre outros.
- Mediante pactuação, implantar e operacionalizar o componente Teleconsultoria da Telessaúde.
- Estruturar e operacionalizar um sistema de informação com o objetivo de subsidiar a gestão e a assistência.
- Coordenar o processo de programação da assistência (PGASS).
- Identificar os usuários portadores de planos de assistência privada e mediante negociação com ele, buscar o seu acesso à saúde suplementar.
- Monitorar os Indicadores de Acesso.

### **As atribuições do regulador da central de regulação**

Um dos papéis fundamentais do regulador da central de regulação é a classificação de risco e vulnerabilidade e a priorização da solicitação, com foco, principalmente, nas condições clínicas, diante da escassez de oferta. Eles se utilizam do protocolo de regulação do acesso.

O protocolo de regulação do acesso é formado por um conjunto de regras de como uma escolha deverá ser feita. Eles servem para ordenar as solicitações e definir a priorização do acesso segundo a gravidade clínica do usuário, sendo usados também para definir os fluxos de referência entre as unidades de saúde.

Para efetiva priorização há que se ter uma atenção básica organizada, resolutiva e ordenadora do cuidado onde as práticas assistenciais englobam, também, o processo regulatório como parte da atenção básica.

As inúmeras oportunidades encontradas na central de regulação qualificam o regulador da CR enquanto profissional apto a fomentar discussões e encontros com os profissionais das USs de Saúde da Atenção Básica e Especializada.

O regulador pode se utilizar do monitoramento do tempo médio de agendamento (TMA) para conhecer a capacidade resolutiva da rede de saúde. Entende-se por TMA a média dos tempos calculados para cada usuário considerando a data da solicitação da consulta/exame até a data do agendamento.

A gestão das listas de acesso deve ser dinâmica e periódica. A lista de acesso é composta por solicitações de consultas, exames e cirurgias não atendidas e já priorizadas com base no protocolo de regulação do acesso. Espera-se que a grande maioria dos usuários em lista de acesso, nas unidades de saúde ou nas centrais de regulação, esteja classificada como de baixo risco, podendo existir pequena quantidade de solicitações de alto e médio risco gerado pela falta ou escassez de ofertas.

O agendamento dos usuários classificados como não prioritários deve seguir as operações do *first in, first out* (FIFO) sendo possível atender ao controle social.

O monitoramento da perda primária, entendida como sendo o percentual de vagas que é ofertado e não é utilizado, e da perda secundária ou absenteísmo, usuários que foram agendados e não compareceram ao atendimento, pode orientar a necessidade ou não de revisão da redistribuição de cotas entre as unidades de saúde, e também a revisão dos percentuais de distribuição das vagas entre primeira vez, retorno e reserva técnica.

O conhecimento dos motivos das perdas primárias e secundárias são importantes indicadores para revisão dos processos de trabalho da atenção básica e da atenção especializada e também do complexo regulador.

Os principais motivos que levam a ocorrência das perdas primárias são:

- Falhas de acesso ao sistema informatizado decorrentes da instabilidade da internet.
- Profissionais não capacitados a utilizar o sistema.
- Disponibilização da oferta sem o tempo necessário para o agendamento dos usuários.
- Desconhecimento da oferta do procedimento por parte da US solicitante.
- Má gestão na distribuição das cotas e ou na programação da reserva técnica.
- Má gestão na elaboração e/ou liberação das agendas das unidades executoras.
- Excesso de oferta.



A perda secundária ou absenteísmo, entendida como o não comparecimento do usuário a consulta ou exame, após ela ter sido agendada, pode ter como causas:

- Indicação desnecessária do procedimento.
- Agendamento do procedimento em US muito distante ou desconhecido do usuário.
- Agendamento realizado “em cima da hora” ou não avisado “em tempo” ao usuário.
- Falta de condições econômicas por parte do usuário para o deslocamento necessário.
- Ausência de transporte especial para a locomoção do usuário.
- Ocorrência de imprevistos que impossibilitam a ida do usuário à unidade executante.
- Escolha do local, data e hora do agendamento realizado sem a aprovação do usuário.
- Descompromisso do usuário com a própria oferta e/ou com a sua saúde.
- Impossibilidade de realizar os “preparos” necessários para a realização de alguns procedimentos.
- Falta ao trabalho do profissional.
- Falta momentâneo de insumos.
- Greves e fechamento imprevisto da unidade executante.

## **A IMPLANTAÇÃO DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO**

A implantação das centrais de regulação é uma ação político-administrativa que deve ser considerada pelo gestor, para que seja efetiva e traga bons resultados devem realizar todas as mudanças necessárias em todo o sistema de saúde local, alterando, se necessário, os processos de trabalho das USs, além de realizar pactuações regionais e estaduais.

A elaboração de um Plano de Ação, contendo definições do tipo do complexo regulador a ser implantado (municipal ou regional), quais centrais de regulação serão implantadas, quais serão as unidades e municípios solicitantes e/ou executantes, quais as ofertas, quais as especialidades e quais procedimentos a serem regulados em cada tipo de central e quais os fluxos preexistentes é o primeiro passo. O gestor necessitará também de definições prévias sobre a programação das ações e dos serviços de saúde, próprias e referenciadas, com base na pactuação regional/estadual e a capacidade física e financeira existente.

As USs são estabelecimentos de saúde às quais é permitido solicitar atendimentos à central de regulação. São consideradas unidades solicitantes junto à central de regulação: Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios de especialidades e unidades de pronto atendimento da área de referência; Secretarias Municipais

de Saúde, centrais de regulação de outros municípios e regiões autorizados pelo gestor; hospitais públicos e privados de menor complexidade.

As unidades executantes são os estabelecimentos de saúde públicos e privados que, sob a concordância do respectivo gestor do SUS, ofertam sua capacidade física de atendimento (ou parte dela) para a central de regulação. Fazem parte da rede assistencial do SUS prestando serviços na área de consultas de especialidades, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares, e são incorporados à central de regulação por meio do Cnes.

O conhecimento sobre as redes temáticas fornece informações sobre a capacidade física, financeira e fluxos pactuados. Nesse sentido é importante definir as estratégias de regulação para as Redes de Atenção de Urgência e Emergência (RUE), Rede Cegonha, Rede de Crônicos, Rede da Pessoa Portadora de Deficiência e Rede de Atendimento Psicossocial.

A definição da abrangência da central compreende a região geográfica de cobertura da central de regulação que poderá ser:

- **Nacional:** agrupa estado e municípios do território nacional.
- **Estadual:** agrupa municípios de um estado.
- **Regional:** agrupa municípios de uma determinada região.
- **Municipal:** agrupa recursos assistenciais de um dado município.
- **Distrital:** agrupa recursos assistenciais de um distrito sanitário, dentro de um município.

Para operacionalização será necessário definir, com a Atenção Básica e Especializada, os protocolos clínicos a serem usados e os protocolos de regulação do acesso que orientarão os fluxos de encaminhamento, a classificação de risco e vulnerabilidade e as referências e contrarreferências.

Os recursos humanos sugeridos para uma central de regulação são: videofonistas, profissionais reguladores, autorizadores/auditores/supervisores, administrativos e pessoal de apoio:

- **Coordenador/gerente:** é o profissional responsável pela administração da central de regulação, possuindo autonomia para a tomada de decisões e para a execução das negociações e conduções pertinentes ao processo estabelecido entre prestadores, gestores e intergestores. Preferencialmente, executa a interlocução da central como gestor da Saúde.
- **Regulador/autorizador:** checam as evidências clínicas dos casos contidos nos laudos médicos, guias de referência e solicitação de procedimentos de alta complexidade. Prioriza, classifica, autoriza e encaminha as internações, bem como as consultas e exames quando necessário, a partir das ofertas disponíveis no sistema e necessidade do paciente, podendo alterar, quando procedente, os procedimentos solicitados.



- **Administrador:** coordena a distribuição do trabalho dos atendentes e videofonistas da central, controla o estoque do material de consumo, solicita sempre que necessário o suporte local para solucionar problemas operacionais do sistema informatizado, administra e operacionaliza, insere usuários para o sistema informatizado, incluindo-os nos grupos de acesso, cadastrando as unidades administrativas e os profissionais de regulação, feriados, motivos de impedimento e demais procedimentos necessários ao funcionamento adequado da central.
- **Videofonistas/auxiliar de regulação:** atendem às ligações das unidades que não possuem computadores conectados à rede e servem como intermediários entre as unidades de saúde (solicitantes e/ou executantes) e a central de regulação. Solicitam, agendam e cancelam atendimentos de internação eletiva ou de consultas e exames, solicitam a ação do regulador em caso de urgência/emergência ou quando surgirem situações que não permitam agendar o atendimento. Registram internações e dados complementares, transferem pacientes entre clínicas e unidades assistenciais, consultam o mapa de internações e a agenda de marcação de consultas e exames.
- **Administrador de Tecnologia da Informação:** profissional que garante a manutenção do sistema informatizado que operacionaliza a central de regulação, incluindo os equipamentos, a rede, os aplicativos e a base de dados.

Os profissionais das centrais de regulação devem receber capacitação para conhecimento do sistema de saúde, quais são as unidades solicitantes e executantes e quais as ofertas. Devem conhecer a Política Nacional, Estadual e Municipal de Regulação, quais são os objetivos da central de regulação, bem como conhecer as suas atribuições. Devem, também, ser capacitados para uso do *software* a ser utilizado pela regulação.

Há que se definir normas e rotinas operacionais para cada uma das centrais de regulação, tais como:

- O horário de funcionamento, que pode variar de 8 a 24 horas, de acordo com os recursos disponíveis e tipo da central de regulação.
- Mapear o processo de trabalho de cada categoria profissional de acordo com a função que desempenhará.
- Padronizar as fichas de solicitação de procedimentos, que serão utilizadas pelas USs, de forma que as informações necessárias para avaliação do regulador sejam contempladas.
- Definir os serviços auxiliares que deverão ser acionados para complementar o fluxo do atendimento.

E, finalmente, definir e alocar a infraestrutura necessária como:

- **Área física:** local onde serão alojados os equipamentos e o pessoal que operacionalizará a central de regulação. Este local deverá garantir segurança e a continuidade do funcionamento dos equipamentos, em um am-

biente com acesso restrito, proteção para ocorrência com fogo e desastres naturais, com climatização adequada e com mecanismos de garantia de funcionamento dos equipamentos essenciais em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica.

- Equipamentos e sistemas de apoio (bancos de dados e sistema operacional): aquisição e manutenção de computadores, aplicativos para banco de dados (dados sobre laudos, AIH, Apac, FCES, CNS, PGASS/PPI, e-SUS servidor WEB, licenças (se necessário). Os softwares devem possibilitar a regulação de procedimentos ambulatoriais e das internações hospitalares, além do gerenciamento das agendas e de leitos.
- São necessárias linhas telefônicas e link para acesso à internet.

Definido os recursos necessários, físicos, humanos e tecnológicos, em quantidade compatível ao escopo a ser regulado, bem como o aporte financeiro a ser dispendido, elabora-se o detalhamento do Plano de Ação e o desenho do cronograma de implantação das centrais de regulação.

O processo é facilitado quando nomeado um grupo de trabalho para planejar a estratégia e conduzir o cronograma de implantação e nomeado o responsável pela área tecnológica, com autonomia para tomada de decisões na gestão dessa área, onde uma de suas atribuições será a escolha do sistema informatizado que será utilizado e elaborar treinamento e capacitação para os usuários do sistema.

O MS, por meio do DRAC/CGRA, disponibiliza este Curso Básico de Regulação aos estados e aos municípios. Mantém parceria com instituições de ensino disseminando cursos de especialização na área de Regulação, Controle e Avaliação.

O MS a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga as diretrizes operacionais do Pacto Pela Saúde elaborou caderno da série *Pactos pela Saúde – volume 6, Diretrizes para a Implantação de complexos reguladores* visando orientar os gestores quanto a um dos eixos fundamentais da Política Nacional de Regulação, à regulação do acesso por meio dos complexos reguladores, apresentando conceitos e estratégias que orientam a estruturação desses nas esferas gestoras estaduais e municipais.

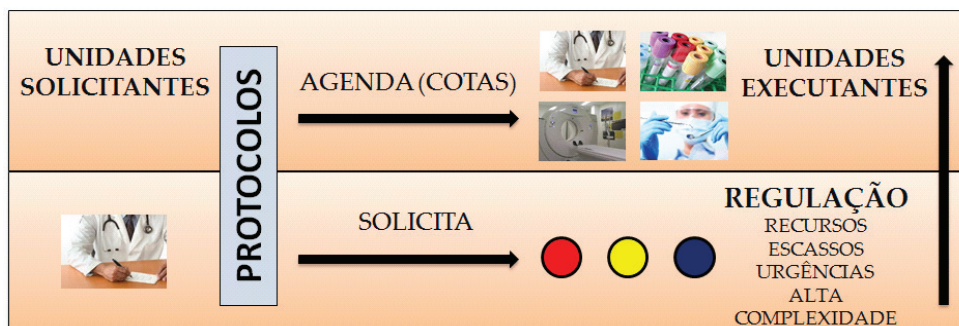
### **Fluxos para solicitação de procedimentos regulados**

Introduzir ações de regulação em um sistema de saúde requer diagnóstico apurado da situação de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência e às ações de controle e avaliação.

A construção de pactuação de fluxos contribui, também, para viabilizar o retorno do paciente para a contrarreferência na atenção básica, que fará o seu acompanhamento, minimizando os encaminhamentos para os ambulatórios de especialidades e prontos-socorros, e devem ser desenhados de acordo com a

realidade de cada região, município ou estado e de acordo com as programações e pactuações. Vejamos alguns exemplos de fluxos básicos de regulação:

**Figura 2 – Fluxo da Regulação Ambulatorial**



Fonte: CGRA/DRAC/SAS/MS, 2015.

### 1º Passo

Após avaliação clínica, o usuário recebe encaminhamento para consulta, exame ou outro procedimento ambulatorial. Os profissionais solicitantes classificam o risco da solicitação. A regulação da US acolhe as solicitações, prioriza os casos e realiza o agendamento, se possível com anuência do usuário para local, data e hora, utilizando as cotas disponibilizadas ou vagas de “bolsão”.

Na falta de vaga, a regulação da US insere o usuário na fila de espera da US, se não for prioritário, e orienta o usuário a aguardar o agendamento para a próxima competência. Após liberação da agenda da nova competência, é efetuado o agendamento respeitando os critérios de inserção na fila de espera. Os casos considerados prioritários são agendados em vaga de bolsão ou são encaminhados à central de regulação.

### 2º Passo

A central de regulação realiza o agendamento de alguns recursos, em geral os mais escassos na rede e a alta complexidade, mas também deve possuir vagas de reserva técnica para agendamento dos casos mais urgentes, que não puderem ser atendidos nas cotas das USs em determinada competência. A US deve verificar diariamente no sistema os agendamentos realizados pela central de regulação, e, em caso positivo, entrar em contato com o usuário para confirmar a data, o local e o horário do agendamento, orientando sobre documentação necessária e preparos.

### 3º Passo

O usuário comparece à unidade executante e realiza o procedimento. A unidade executante realiza a confirmação de presença e a realização do procedimento no sistema.

**Figura 3 – Fluxo da Regulação de Cirurgias Eletivas**



Fonte: CGRA/DRAC/SAS/MS, 2015.

### 1º Passo

A central de regulação regula as consultas dos ambulatorios cirúrgicos, e organiza, com as Unidades Executantes, as filas para as cirurgias eletivas.

Para essa ação é fundamental a parceria com os Núcleos Internos de Regulação (NIR), que devem captar a demanda, organizar as filas e compartilhar as informações com a central de regulação, que deve organizar o acesso ao centro cirúrgico, considerando a especialidade cirúrgica e o porte da cirurgia, além da disponibilidade do profissional cirurgião e da equipe, montando, assim, o mapa cirúrgico, em conjunto com o hospital e os profissionais envolvidos.

De posse do mapa cirúrgico, a central de regulação deve proceder ao agendamento das cirurgias, considerando os protocolos de regulação que definem prioridades e classificação de risco, calculando a antecedência necessária para a realização dos exames de risco cirúrgico pelo paciente.

É necessário que haja provisão de leitos de retaguarda para o pós-cirúrgico, tanto na enfermaria, quando nas unidades de terapia intensiva, e recomendável que haja leitos específicos para essa finalidade, sob regulação da central e/ou do NIR, que devem realizar o bloqueio do leito com a data marcada para a cirurgia. Essa ação deve considerar a média de permanência de internação de cada procedimento, para que seja possível a programação das cirurgias, entendendo que é possível haver necessidade de ajustes no mapa cirúrgico, em função da ocorrência de permanências maiores que a média.

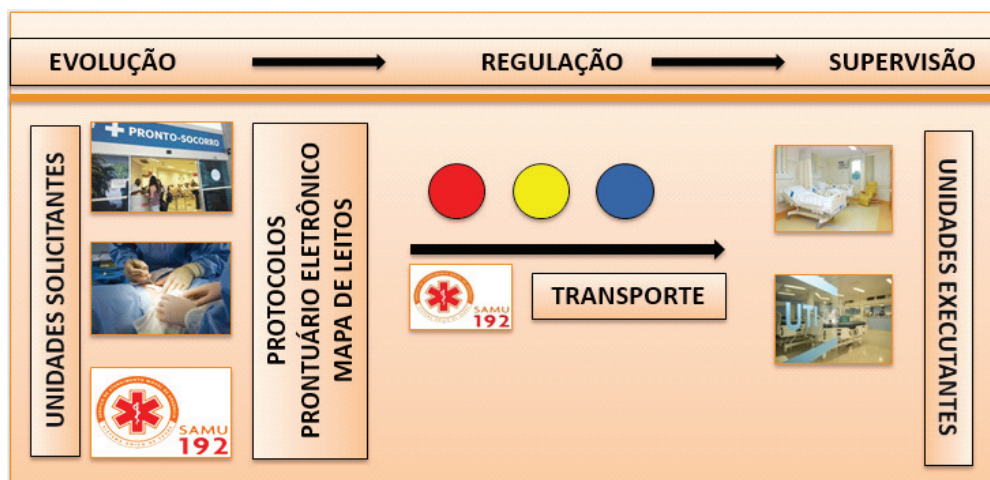
### 2º Passo

A central de regulação agenda os procedimentos necessários para o risco cirúrgico, de acordo com o agendamento da cirurgia de cada paciente.

### 3º Passo

O usuário comparece à unidade executante e realiza o procedimento. A unidade executante realiza a confirmação de presença e a realização do procedimento no sistema. Após a central de regulação, agenda os procedimentos necessários ao acompanhamento pós-cirúrgico.

**Figura 4 – Fluxo da Regulação das Internações de Urgência**



Fonte: CGRA/DRAC/SAS/MS, 2015.

### 1º Passo

A central de regulação, em conjunto com os NIR regula o acesso às internações de urgência. As unidades solicitantes geralmente são os prontos-socorros, requerendo a retaguarda clínica ou cirúrgica, os pronto atendimentos e as unidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu). Contudo, na maioria dos casos o paciente já deu entrada numa unidade de urgência fixa, recebeu o primeiro atendimento e a unidade, então, solicita à central ou ao NIR o leito de retaguarda para a internação de urgência. Esse leito pode ser de enfermaria ou de terapia intensiva.

Na regulação é fundamental a informação sobre a evolução do quadro clínico do paciente, assim é necessário ao médico regulador dispor das informações do prontuário, sendo de suma importância que a unidade solicitante disponha de um prontuário único e eletrônico, que possa ser compartilhado.

Outra ferramenta necessária a central de regulação é a consulta ao mapa de leitos do hospital. Lembramos que os leitos oferecem retaguarda para diversas situações, como cirurgias eletivas, altas das unidades de terapia intensiva, cuidados prolongados etc., que estão submetidos a outros processos de regulação, fazendo com que o regulador precise checar a disponibilidade momentânea de leitos na unidade. Uma alternativa que qualifica essa ação é a destinação de

leitos para cada finalidade de regulação estruturada, levando em conta o perfil e a necessidade de cada serviço.

### 2º Passo

Integração com o serviço de transporte de urgência para viabilizar as transferências inter-hospitalares. É necessário que haja provisão de transporte para remoção de pacientes entre unidades de saúde solicitantes e executantes, garantindo essa ação de forma adequada e oportuna.

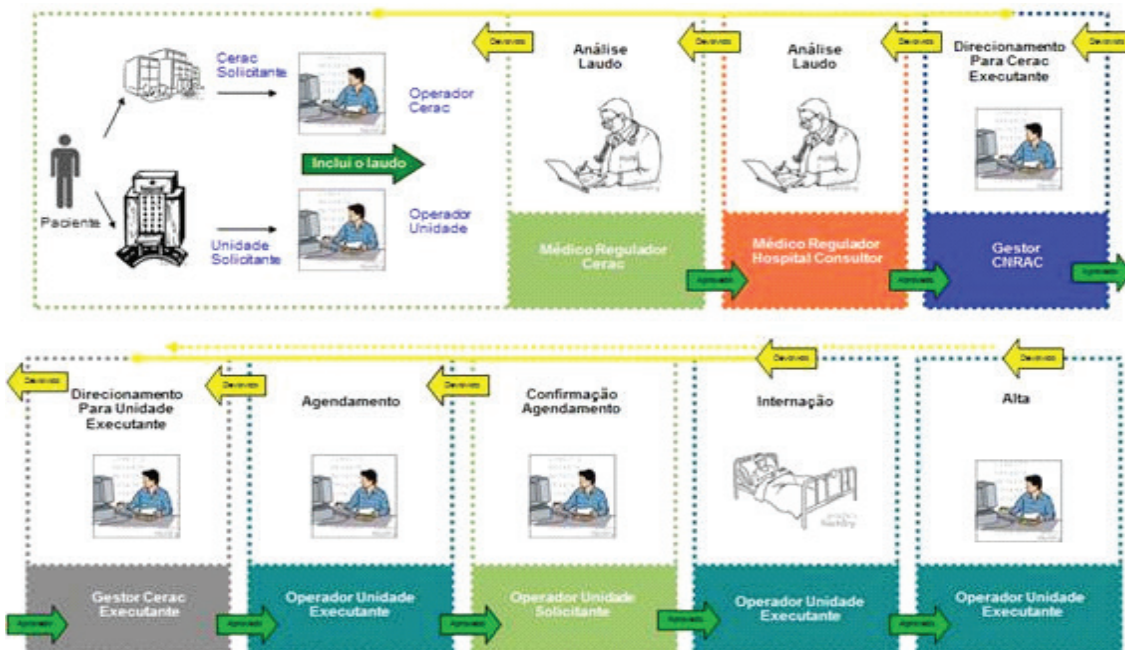
### 3º Passo

A unidade executante admite o paciente na sua unidade de internação, alimenta o sistema que deve ser transparente para a central de regulação e mantém as informações sobre o paciente até a alta, quando então o leito deverá ser desinfetado e liberado para uma nova internação.

### 4º Passo

Na alta do paciente deverá ser garantida a contrarreferência para o nível de atenção adequado, observando as necessidades quanto à continuidade do cuidado em cada caso. No caso de alta por transferência, a central de regulação deverá atuar na disponibilização de um leito que contenha o suporte necessário ao paciente ou para cuidados prolongados.

Figura 5 – Fluxo da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC



Fonte: CGRA/DRAC/SAS/MS, 2015.



## Descrição do Fluxo:

O paciente deve procurar uma unidade de saúde que, ao identificar a necessidade de encaminhamento do paciente para realização de procedimento em outro estado, acionará a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (Cerac) do seu estado.

Esta fará a inclusão do laudo de solicitação que deverá ser analisado e validado por um médico regulador do estado de origem do paciente e do Hospital Consultor parceiro da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC).

Após a validação e autorização pelos médicos reguladores, a CNRAC identifica e direciona este laudo para um estado executante, por meio, também, da sua Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (Cerac).

A Cerac executante indicará uma unidade de saúde para receber o paciente e fará o direcionamento do laudo para esta unidade, que deverá proceder ao agendamento do atendimento.

Após o atendimento, a Cerac executante confirma a viabilidade de deslocar o paciente na data agendada. O paciente então chega à unidade de saúde executante onde é acolhido e atendido. A unidade executante então confirma a internação e a alta do paciente, encerrando o ciclo de atendimento.

Devem ser inseridas na CNRAC somente solicitações para atendimento de pacientes que necessitem de assistência em alta complexidade de caráter eletivo, em outro estado, quando residirem em estados com ausência e/ou insuficiência de oferta desses procedimentos. Os procedimentos realizados em pacientes de outros estados que não forem, previamente, encaminhados e autorizados por meio da CNRAC não serão financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

Somente ocorrerá encaminhamento de laudo pela Cerac solicitante, para análise do Hospital Consultor, após verificação da inexistência e/ou insuficiência de serviço de referência em alta complexidade, no âmbito do estado.

Os laudos direcionados ao Hospital Consultor que não apresentarem as informações necessárias previstas no processo de avaliação serão devolvidos para a Cerac solicitante.

A Cerac solicitante somente encaminhará o paciente para a Cerac executante mediante confirmação da disponibilidade para a realização do procedimento solicitado. A Cerac solicitante confirmará no sistema informatizado CNRAC-SISCNRAC o agendamento do paciente. No caso da necessidade de reagendamento, a Cerac de origem do paciente solicitará nova data de agendamento, via sistema.

A Cerac de origem do paciente não será obrigada a emitir laudo para a Cerac executante nos casos em que o paciente seja originário de demanda espontânea.

A Cerac executante tem prazo de 15 dias para providenciar o agendamento do laudo. Na impossibilidade de execução do procedimento, a Cerac executante deverá justificar à CNRAC o motivo do descumprimento do prazo acima referenciado ou solicitar redirecionamento do laudo de acordo com a capacidade de oferta nacional.

A CNRAC terá o prazo de até cinco dias úteis para direcionar o laudo para a Cerac executante.

## SISTEMAS INFORMATIZADOS PARA A REGULAÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio do manual *Diretrizes para Implantação de Complexos Reguladores*, fornece informações sobre os Sistemas Informatizados utilizados nas Centrais de Regulação. Os sistemas informatizados são utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções das Centrais de Regulação sendo, portanto, de suma importância, que esses sistemas atendam aos **Objetivos da Regulação**:

- Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada.
- Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada.
- Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e os municípios.
- Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados.
- Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda.
- Subsidiar as repactuações físicas e/ou financeiras (PGASS) e o cumprimento dos termos de garantia de acesso.
- Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.
- Permitir priorização e classificação de risco.

Para atingir esses objetivos e operar a central de regulação, um sistema de regulação deverá atender às seguintes **funcionalidades**.

- Permitir a hierarquização e regionalização entre as centrais de regulação.
- Permitir o controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado.
- Permitir configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante e/ou solicitante) e a oferta e complexidade dela.
- Permitir configurar a programação e a pactuação física e financeira para a população própria e referenciada, e a sua validade.



- Permitir configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro (opcional).
- Permitir interoperar com outros bancos de dados (Cnes, CNS, SIA, SIH e outros SNI).
- Permitir gerar arquivos para bases de dados nacionais.
- Permitir gerar relatórios operacionais e gerenciais.
- Permitir gerenciar a Fila de Espera.
- Permitir gerar mapa de leitos com atualização dinâmica.
- Autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIHs e Apacs.
- Permitir acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador.
- Permitir controlar o fluxo dos pacientes nas unidades terciárias – admissão, acompanhamento da internação e alta e secundárias (solicitação, agendamento e atendimento).
- Permitir detectar a ocorrência de cancelamentos de internações e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas.
- Subsidiar os setores de controle, avaliação e auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar e a qualidade da assistência.

O Ministério da Saúde sistematizou as funcionalidades descritas anteriormente e desenvolveu o Sistema Nacional de Regulação em Saúde (Sisreg), funcionando em plataforma *WEB*, com o *DATA-CENTER* (servidores) instalado no *DATASUS/Brasília*, constituído de dois módulos independentes: o Módulo Ambulatorial e o Módulo Hospitalar. O MS disponibiliza gratuitamente o *software* para uso dos estados e dos municípios, e fornece suporte, manutenção, treinamento e capacitação para implantação. Para sua utilização é necessário solicitar, formalmente, ao *DRAC/CGRA/SAS/MS* autorização para uso do *software*, informando o nome do profissional que será administrador do sistema.

O Ministério da Saúde, por meio do *DRAC/CGRA*, oferece capacitação para o administrador do sistema, reguladores, usuários solicitantes e usuários executantes quando da implantação do Sistema.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.048, de 3 de setembro de 2009**. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048\\_03\\_09\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html)>. Acesso em: 23 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 ago. 2008. Seção 1, p. 48-49.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.309, de 19 de dezembro de 2001. Institui a Central Nacional de Regulação de Alta. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2309\\_19\\_12\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2309_19_12_2001.html)>. Acesso em: 23 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em: 14 jun. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 494, de 30 de junho de 2006**. Estabelece incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/Legislacao/PortariaSAS\\_494\\_30\\_06\\_06.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/Legislacao/PortariaSAS_494_30_06_06.pdf)>. Acesso em: 30 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 6).

CALEMAN, G.; SANCHES, M. C.; MOREIRA, M. L. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série saúde e cidadania).

GIANNOTTI, E. M. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos**, 2013. 132 f. Tese (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Pensar BH Política Social**, Belo Horizonte, n. 2, fev./abr. 2002.

MARQUES, Z. F. A.; GARIGLIO, M. T. **A Regulação como estratégia para a gestão do Sistema de Saúde**. Belo Horizonte, maio 2002. Trabalho apresentado para a disciplina Gestão de Sistemas e Avaliação de Serviços de Saúde do Mestrado em Saúde Pública da UFMG. Mimeografado.



## Oficina 3.3 – Desafios para uma regulação produtora de cuidado

### Objetivos

- Analisar o processo de gestão do cuidado como um processo regulatório do acesso e qualidade da atenção à saúde.
- Refletir sobre a regulação como um processo cuidador.

### Conteúdo

- Regulação do acesso como um processo cuidador.

### Atividades

- Em grupo:
- Leitura da narrativa: **“Recaminho na Mostra Nacional de Experiências de Regulação em Saúde no SUS”** e debate dos conhecimentos que adquiriu ao longo do curso.
- Elaboração de trabalho para expor na **“Mostra Nacional de Experiências de Regulação em Saúde no SUS”**. Descrever as ações implementadas no município de Recaminho e a situação atual da Regulação do Acesso.
- Apresentação dos trabalhos em plenária.
- Sistematização das atividades.

### Avaliação do Curso:

- Apresentação das expectativas e das narrativas sobre regulação do SUS construídas no início do curso: O que, por que, para que e como.
- Avaliação individual.

## Recaminho na Mostra Nacional de Experiências de Regulação em Saúde no SUS



Um ano se passou e estamos nos preparando para apresentar nossa experiência na Mostra Nacional de Experiências de Regulação em Saúde no SUS. A orientação que recebemos é que devemos priorizar apresentações fora do habitual como instalações, dramatizações, cartazes etc. Como contar tudo que passamos e fizemos neste ano?

Estamos muito satisfeitos com o que conseguimos fazer. Antes de fazer o curso, informatizamos a fila, o que ajudou a enxergar e organizar a demanda reprimida de consultas especializadas e exames. Após o curso, implantamos a central de regulação de consultas especializadas e exames, e optamos por usar o Sisreg de forma centralizada, não ajudou muito. As vagas para agendamento estavam disponíveis somente para a central de regulação. As unidades solicitantes ainda não realizavam o agendamento, e não tinham acesso às agendas. As solicitações de especialidades/procedimentos eram preenchidas em papel e enviadas via malote para a central de regulação. Para os procedimentos que necessitavam de autorização – Apac –, os usuários tinham de ir à central de regulação para autorizar o procedimento. Com a informatização as filas ficaram evidentes, eram cada vez maiores e os casos mais antigos iam ficando para trás. Os usuários ficavam circulando pelos serviços sem receberem os cuidados necessários. Os pedidos eram enviados para a central de regulação e eram colocados no “sistema”. Muitas vezes as solicitações se perdiam pelo caminho. Apenas as prioridades mobilizavam um pouco mais a todos, mas logo tudo foi virando prioridade.

Depois do curso, acabamos por perceber que era preciso fazer diferente. O que estávamos precisando não era somente mais um processo burocratizado de disputa, era um processo vivo, que de verdade, ajudasse e incluísse



todos, gestores, trabalhadores e usuários. Acho que estamos construindo essa história.

A construção de um processo de educação permanente e apoio matricial para a regulação, entre outros importantes instrumentos de regulação, apresentados neste curso, foram muito potentes para a melhoria do acesso em nosso município. Entendemos que temos hoje uma boa experiência pra contar, uma Regulação do SUS produtora do cuidado!

ISBN 978-85-334-2438-8



9 788533 424388

DISQUE SAÚDE

**136**

Ovidoria Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**

