

PARA
ENTENDER
A GESTÃO
DO SUS

PARA
ENTENDER
A GESTÃO
DO SUS

Programa de informação e apoio técnico às novas equipes gestoras estaduais do sus de 2003

© 2003 CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

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

PROGESTORES 2003 - Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003

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

248 p.

ISBN 85-89545-02-4

1. SUS (BR). 2. Legislação sanitária. I. Título.

NLM WA 525
CDD - 20 ed. 362.1068

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde.



apresentação

Pensando no futuro, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, lançou o Progestores, Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003.

O Progestores é um esforço para bem receber os novos Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e qualificar as suas equipes que assumiram em janeiro de 2003, informando-as e capacitando-as em aspectos essenciais da gestão do sistema.

O CONASS espera, com o Progestores, recepcionar e subsidiar os gestores que assumiram a condução da saúde no período 2003/2006, organizando e divulgando informações estratégicas para a gestão do SUS e elaborando um programa de apoio técnico às equipes dos Estados e do Distrito Federal. O livro **Para Entender a Gestão do SUS** foi concebido para oferecer o panorama mais completo possível sobre o Sistema Único de Saúde, que certamente é um dos mais interessantes exemplos de gestão de política pública na área social entre aqueles originados das recentes reformas setoriais por que passaram vários países em todo o mundo.

O livro é apresentado na forma de um roteiro, que parte das próprias origens do SUS e vai até as mais recentes conquistas, apresentando também os principais desafios colocados para o futuro próximo da gestão do sistema. Foi escrito por diversos colaboradores, parte deles militantes da pesquisa acadêmica na área de Saúde Pública e parte engajados na implementação de políticas em diversos níveis de gestão do sistema de saúde, de onde trazem uma sólida experiência. Esse encontro, pela aproximação de pontos de vista que proporciona, por si só já é um qualificador da obra.

A implantação e a gestão do SUS são processos que se desenrolam de forma extremamente dinâmica. Por isso mesmo, preparar um roteiro para a sua compreensão é uma tarefa inesgotável. O presente livro é o resultado de um esforço de equipe realizado em um tempo muito curto para a sua dimensão. Alguns assuntos poderiam ser apresentados de forma mais completa, ou alguns temas poderiam estar mais bem agregados. A nossa opção foi por não perder o tempo político, garantindo a oferta do instrumento de informação desde o início do trabalho dos novos gestores. Dessa maneira, reiteramos o nosso desejo que os gestores se sintam motivados a desempenharem suas funções nos melhores padrões de qualidade, contribuindo, assim, para o aprimoramento da gestão do SUS e para a garantia dos direitos dos cidadãos brasileiros.

FERNANDO PASSOS CUPERTINO DE BARROS
Presidente do CONASS

conass

Fernando Passos Cupertino de Barros (GO)
presidente

José da Silva Guedes (SP)
Marta Oliveira Barreto (SE)
João José Cândido da Silva (SC)
Francisco Deodato Guimarães (AM)
vice-presidentes

Ricardo F. Scotti
secretário executivo

Gilvânia Westin Cosenza
Júlio Strubing Müller Neto
Lucimery Lima Cardoso
Maria Esther Janssen
Regina Helena Arroio Nicoletti
René José Moreira dos Santos
assessoria técnica

Sheyla Cristina Ayala Macedo
Luciana Toledo Lopes
Júlio Barbosa de Carvalho Filho
Paulo Arbués Carneiro
apoio administrativo

Secretaria Executiva do Conass
coordenação do Progestores 2003

Ricardo F. Scotti
René José Moreira dos Santos
concepção e organização

Alberto Beltrame
Gilson Cantarino O'Dwyer
Gilvânia Westin Cosenza
Gisele Onete Marani Bahia
Helvécio Miranda Magalhães Júnior
Ilara Hammerli Sozi de Moraes
João Gabbardo dos Reis
José Agenor Álvares da Silva
Lore Lamb
Luis Antonio da Silva
Luis Fernando Rolim Sampaio
Maria Goretti Martins Melo
Maria Helena Brandão de Oliveira
Maria Lúcia Canelosso
Mariano de Matos Macedo
Márcia Cecília Huçulak
Nereu Henrique Mansano
Neusa Maria Nogueira Moysés
Regina Helena Arroio Nicoletti
Renilson Rehem de Souza
Rita de Cássia Bertão Cataneli
Rosane Evangelista da Cunha

colaboradores

equipe de elaboração

Fernanda Goulart
projeto gráfico

André Falcão
edição e revisão

Mariana Henriques
arte final

I	INTRODUÇÃO	14
II	AS ORIGENS E O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS	
1	Caracterização do Sistema Único de Saúde	24
2	Os Gestores do SUS em cada Esfera de Governo	39
3	Controle Social	54
4	Financiamento do SUS	61
III	INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO E DE GESTÃO DO SUS	
5	Planejamento da Gestão do SUS	80
6	Controle, Regulação, Avaliação e Auditoria	87
7	Informação e Informática em Saúde	99
8	Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos	112
9	Gestão de Investimentos no SUS	120
IV	PROMOÇÃO E ATENÇÃO À SAÚDE	
10	Reorientação do Modelo Assistencial	126
11	Atenção Básica	137
12	Programas Estratégicos	151
13	Assistência de Média e Alta Complexidade	156
14	Assistência Farmacêutica	175

V EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS

15	Conceitos Gerais	194
16	Gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica	196
17	Planejamento, Acompanhamento e Financiamento	201
18	A Fundação Nacional de Saúde	204

VI VIGILÂNCIA SANITÁRIA

19	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária	208
20	Informação e Programação	213
21	Financiamento	215

VII CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

22	Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	220
23	A Fundação Oswaldo Cruz	223

VIII REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

24	A Agência Nacional de Saúde Suplementar	232
----	---	-----

IX BIBLIOGRAFIA

25	Referências bibliográficas	238
----	--------------------------------------	-----



parte



INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Antecedentes

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência à saúde no País tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos (além da pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por sua própria conta): previdenciários e não-previdenciários.

Essa divisão, profundamente injusta do ponto de vista social, separava a população brasileira em cidadãos de 1ª e de 2ª classe. Os de 1ª classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham, mesmo com as dificuldades inerentes ao sistema de então, um acesso mais amplo à assistência à saúde dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do INAMPS. Os de 2ª classe, representados pelo restante da população brasileira, os não-previdenciários, tinham um acesso bastante limitado à assistência à saúde – normalmente restrito às ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais.

Esta lógica de estruturação e financiamento das atividades de atenção e assistência à saúde, além das evidentes discriminações dela decorrentes, determinava uma lógica de divisão de papéis e competências dos diversos órgãos públicos envolvidos com a questão de saúde.

Dessa forma, o Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias de Saúde dos Estados e municípios desenvolviam, fundamentalmente, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação desses entes públicos na prestação de assistência à saúde era bastante limitada, restringindo-se às ações desenvolvidas por alguns poucos hospitais próprios e pela Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) e dirigidas à população não-previdenciária – os chamados indigentes. Estes Os indigentes tinham ainda, por uma atividade caritativa, acesso a serviços assistenciais de saúde prestados por instituições de caráter filantrópico como as chamadas Santas Casas.

Já na assistência à saúde, a grande atuação do poder público se dava pela Previdência Social – inicialmente pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e depois do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social. As ações desenvolvidas pelo INAMPS – que tinham caráter contributivo – beneficiavam apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes, os chamados previdenciários. Não havia, portanto, caráter universal na atuação desta autarquia. O INAMPS aplicava nos Estados, por intermédio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de

beneficiários existente e a assistência prestada se dava por meio de serviços próprios (Postos de Assistência Médica e Hospitais próprios) e uma vasta rede de serviços, ambulatoriais e hospitalares, contratados para a prestação de serviços.

Toda esta situação – a desarticulação dos serviços de saúde então existente e os evidentes prejuízos à saúde da população decorrentes do modelo vigente naquela época – começou gerar no seio da comunidade de profissionais da saúde, de sanitaristas e da própria sociedade brasileira, um movimento na direção de uma reforma sanitária e de uma transformação dos paradigmas do sistema de saúde. Dentro deste processo e como prenúncio das profundas mudanças que estavam por vir, o INAMPS adotou uma série de medidas que aproximam sua ação de uma cobertura universal de clientela, dentre as quais se destaca o fim da exigência da carteira do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública.

Esse processo evoluiu com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os Governos Estaduais. Na verdade, o SUDS já era uma tentativa de se fazer o SUS ainda sem as necessárias definições constitucionais e de uma lei complementar. Como sua implementação se dava por meio da celebração de convênio, a participação da Secretaria Estadual de Saúde, ou seja, do Governo do Estado, era opcional. Caso o Estado não concordasse em participar do SUDS, o INAMPS continuaria executando suas funções. Se por um lado, isto significou um grande avanço, principalmente pelo fato de iniciar um sistema de saúde de caráter universal, por outro, parece ter criado uma certa confusão entre SUDS e SUS, que viria logo a seguir, e de entendimento sobre as verdadeiras regras legais que constituem o SUS.

Por fim, todo esse processo culminou com a criação do SUS e a consagração de seus princípios e diretrizes na Constituição Federal de 1988 e em toda a legislação que regulamenta o sistema.

Vivemos hoje um processo de consolidação do SUS. Embora com inúmeros avanços ocorridos nos últimos anos, existem ainda grandes desafios a serem enfrentados por todos os gestores do SUS para tornar todos os princípios e diretrizes definidos para o sistema plena realidade para toda a população brasileira.

0 Federalismo Brasileiro e as Políticas de Saúde

O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, Estados e municípios –, todas consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. São 26 Estados e o Distrito Federal e 5.560 municípios. Estados que vão desde Roraima, com apenas 279 mil habitantes, até São Paulo, com mais de 36 milhões de habitantes. Municípios com pouco mais de mil habitantes até o município de São Paulo com mais de 10 milhões de habitantes.

O sistema federativo seria, em linhas gerais, adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social.

Por outro lado, esse tipo de sistema torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil. Nesses casos, acentua-se a importância do papel das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades e iniquidades no território nacional e inclusão social.

Além disso, a implementação de políticas sociais em um sistema federativo requer, por um lado, a explicitação das funções das diferentes esferas de governo para cada área da política e, por outro, a adoção de mecanismos articuladores entre essas esferas, com ênfase em uma lógica de cooperação e complementação.

No que diz respeito às políticas de saúde, agregue-se a isso a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que freqüentemente tensionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania.

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque, por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado –, por sua vez, implica diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma “em construção”, uma vez que, ao longo de toda a história, foi tensionado por períodos de centralismo autoritário e a redemocratização do País ainda é relativamente recente.

0 Processo de Implantação do SUS

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde, se iniciou o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), sempre de uma

forma negociada com as representações dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde.

Esse processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

As Normas Operacionais definem critérios para que Estados e municípios voluntariamente se habilitem a receber repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde para seus respectivos fundos de saúde. A habilitação às condições de gestão definidas nas Normas Operacionais é condicionada ao cumprimento de uma série de requisitos e ao compromisso de assumir um conjunto de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde.

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96). Em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/01) que foi revista e publicada em 2002, a qual se encontra atualmente em vigor (NOAS/SUS 01/02).

Embora o instrumento que formaliza as Normas seja uma portaria do Ministro da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). No item 2 da NOB/SUS 01/93 relativo ao gerenciamento do processo de descentralização, foram criadas, como foros de negociação e deliberação, as Comissões Intergestores. No âmbito nacional, funciona a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS. No âmbito estadual, funciona a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (saiba mais no capítulo 1).

Dessa forma, todas as decisões sobre medidas para a implantação do SUS têm sido sistematicamente negociadas nessas comissões após amplo processo de discussão. Esse processo tem funcionado desse modo ao longo dos últimos 12 anos de vigor da Lei 8.080, contribuindo para que se venha a alcançar a plena implantação do Sistema Único de Saúde.

0 Financiamento do SUS

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo. Recentemente, em setembro de 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que determina a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema (saiba mais no capítulo 4).

Os recursos federais que correspondem a mais de 60% do total, progressivamente vêm sendo

repassados a Estados e municípios, por meio de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais, conforme mecanismo instituído pelo decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994.

A intensa habilitação de municípios e Estados gerou um expressivo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais, fazendo com que em dezembro de 2002 (Tabela 1), a maior parte dos recursos da assistência já fosse transferida nessa modalidade, em contraposição à predominância de pagamento federal direto aos prestadores de serviços.

TABELA 1
INDICADORES DE EVOLUÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS. POSIÇÃO NO FINAL DE CADA EXERCÍCIO – 1997/2002

indicador/ano	dez/97	dez/98	dez/99	dez/00	dez/01	dez/02
Nº de municípios recebendo recursos fundo a fundo	144	5.049	5.350	5.450	5.535	5.540
Nº de estados recebendo recursos fundo a fundo	-	2	7	8	12	15
% da população residente nos municípios que recebem recursos fundo a fundo	17,3%	89,9%	99,26%	99,72%	99,90%	99,91%
% do total de recursos assistenciais transferidos fundo a fundo	24,1%	52,5%	58,1%	63,2%	66,90%	72,95%

Fonte: Ministério da Saúde – Dados de Habilitação SAS/SPS (1997/2002)

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes de seus próprios orçamentos. Alguns Estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais de saúde, de acordo com regras definidas no âmbito estadual.

O pagamento aos prestadores de serviços de saúde é feito pelo nível de governo responsável por sua gestão. Independente do nível de governo que execute o pagamento, o SUS utiliza um mesmo sistema de informações para os serviços ambulatoriais – o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e outro para os serviços hospitalares – o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (saiba mais no capítulo 7). No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento pelos serviços prestados esteja descentralizado, o processamento das informações relativas a todas as internações financiadas pelo Sistema Público de Saúde é realizado de forma centralizada pelo

Departamento de Informática do SUS (DATASUS) órgão do Ministério da Saúde. Do mesmo modo, todo o Sistema Público utiliza uma única Tabela de Preços, definida pelo MS, para o pagamento aos prestadores de serviços.

A tendência é que os municípios assumam cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, à medida que se habilitem às condições de gestão descentralizada do sistema. A Norma em vigor (NOAS/SUS 01/02), instituída pelo MS define duas condições de participação do município na gestão do SUS:

- (a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, pela qual o município se habilita a receber um montante definido em base per capita para o financiamento das ações de atenção básica, e
- (b) Gestão Plena do Sistema Municipal, pela qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território (saiba mais no capítulo 2).

Cabe esclarecer que o financiamento por base per capita não dispensa o gestor de alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais, cuja produção servirá como insumo para futuras negociações de alocação de recursos financeiros.

Apesar do incremento das habilitações de Estados e municípios, e do conseqüente aumento do volume de recursos repassados diretamente aos fundos de saúde subnacionais, um terço dos recursos federais ainda é empregada em pagamentos diretos a prestadores de serviços de saúde. Tal situação decorre do processo de contratação e pagamento centralizado que vigorou durante o período do INAMPS, que antecedeu à implementação do SUS e, em certa medida, ainda não foi plenamente substituído pelo processo de descentralização, dado o caráter não compulsório e progressivo deste último.

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para Estados e municípios o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a edição da portaria GM/MS nº 2.121 com a implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) e a separação dos recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial.

O PAB de cada município que é calculado tendo por base um valor per capita é transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde mudando a forma anterior de financiamento por prestação de serviços e passando para uma lógica de transferência de recursos em função do compromisso do município assumir a responsabilidade sanitária por este nível de atenção.

Vale destacar que enquanto os recursos do PAB fixo são transferidos tendo por base o valor per capita, o valor do PAB variável depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da

Família e de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas tais como a Farmácia Básica e as Ações Básicas de Vigilância Sanitária.

A portaria GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, regulamentou a NOB/SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, municípios e Distrito Federal, na área de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD) e definiu a sistemática de financiamento de suas ações. A partir no ano 2000 o Ministério da Saúde, por meio da Fundação Nacional de Saúde, começou a implementar o processo de descentralização da área de ECD (saiba mais no capítulo 16).

As funções gestoras e as atribuições dos governos estaduais no Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público, nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. A implantação do SUS não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais – não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida.

A implementação desse sistema, particularmente no que diz respeito ao processo de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, deve considerar o enfrentamento de ao menos três questões gerais, já mencionadas: as acentuadas desigualdades existentes no País; as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde; as características do federalismo brasileiro. Pode-se dizer que, de certa forma, houve na implementação das políticas de saúde nos anos 90 um esforço para construir um modelo federativo na saúde, seja nas tentativas de definição do papel de cada esfera no sistema, seja na criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS e desses com a sociedade.

As responsabilidades com a gestão e o financiamento do SUS são compartilhadas entre os seus gestores dos três âmbitos. Considerando os objetivos da presente publicação, será dada ênfase à abordagem das responsabilidades dos gestores estaduais.

Um dos papéis fundamentais das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) é o de coordenar o processo de implantação do SUS no respectivo Estado. Para tanto, o gestor estadual do SUS precisa agir de forma articulada com as duas outras esferas de governo (União e municípios) e com as instâncias de controle social, representadas pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Conferência Estadual de Saúde.

No que diz respeito aos municípios, a relação do gestor estadual é de coordenação e avaliação, não havendo uma hierarquia entre ambos ou a subordinação dos municípios à SES. Isto resulta do

modelo brasileiro de federalismo e da definição constitucional e legal do comando único em cada esfera de governo.

Além disso, a relação com os municípios tem como espaço de negociação e decisão política a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), onde as decisões devem ser tomadas por consenso (saiba mais no capítulo 2). É recomendável que o próprio Secretário Estadual de Saúde participe da coordenação da Comissão Bipartite já que se trata de um espaço político e assim as decisões sobre a condução do processo de implantação do SUS e, inclusive quanto à alocação dos recursos federais são tomadas por essa Comissão.

Já no que diz respeito à participação da comunidade, a mesma se concretiza por meio de Conferências de Saúde e pelos Conselhos de Saúde. Essas duas instâncias foram instituídas em cada esfera de governo pela Lei 8.142/90, que além de dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS trata das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (saiba mais no capítulo 3). As Conferências de Saúde são realizadas com periodicidade quadrienal, com representantes dos vários segmentos sociais, com o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes. Essas Conferências se realizam em um processo ascendente desde Conferências Municipais de Saúde, passando por uma Conferência Estadual de Saúde em cada Estado e culminando em uma Conferência Nacional de Saúde.

Desta forma, com a implantação do SUS e considerando-se as definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde que institui o comando único em cada esfera de governo, a Secretaria Estadual de Saúde passou a ter um novo papel, o de Gestora Estadual do Sistema Único de Saúde. Esta gestão se dá no sentido amplo, não se restringindo ao gerenciamento de apenas sua rede própria de prestação de serviços (hospitais e outras unidades) ou dos prestadores de serviços, privados e públicos que estejam sob sua gestão, ou ainda de alguns programas assistenciais. A amplitude e o grau de autonomia desta gestão, no entanto, está relacionada ao tipo de Gestão em que o Estado esteja habilitado – variando, portanto, de Estado para Estado.

A condição de Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde concede ao gestor estadual uma maior autonomia para a condução do sistema estadual de saúde e, de modo particular, altera a forma de participação do MS no financiamento do SUS. Nesse caso, os recursos relativos à assistência de média e alta complexidade sob gestão da SES, são automaticamente transferidos do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde. Já aqueles referentes à Atenção Básica e aqueles relativos à assistência de média e alta complexidade sob gestão do Município em Gestão Plena do Sistema, são transferidos do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde.

Os temas aqui abordados de forma introdutória são detalhados a seguir nos 24 capítulos deste livro, que tem como objetivo oferecer as orientações necessárias para que os gestores tenham o melhor desempenho de suas funções a partir da compreensão do significado e do alcance delas.

parte



AS ORIGENS E
O PROCESSO

DE IMPLANTAÇÃO
DO SUS

1 . CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1.1 ANTECEDENTES

Em 1986 foi realizada em Brasília a 8a. Conferência Nacional de Saúde com ampla participação de usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. A 8a. Conferência significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor de saúde, consolidadas na Reforma Sanitária Brasileira. Seu relatório final definiu a saúde como “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”. Esse documento serviu de base para discussões na Assembléia Nacional Constituinte em 1987.

Como resultado do debate entre as diversas propostas em relação ao setor Saúde apresentadas na Assembléia Nacional Constituinte, a aprovação da Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único de Saúde, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

Cabe lembrar que antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, desenvolvia quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A atuação do setor público na chamada assistência médico-hospitalar era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, sendo que a assistência à saúde desenvolvida beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do INPS e seus dependentes, não tendo caráter universal.

1.2 PRINCIPAIS DEFINIÇÕES LEGAIS DO SUS

A Constituição Federal de 1988.

A Constituição Federal de 1988 redefine o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Para se ter saúde é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, etc.

Em seu artigo 196 cita que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao

acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com este artigo fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde.

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “relevância pública” sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988 as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- Participação da comunidade.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990

A Lei 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. Esta Lei regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

A Lei 8.080/90 instituiu o Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada participa do Sistema Único de Saúde em caráter complementar.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal vigente, obedecendo ainda princípios organizativos e doutrinários tais como:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Integralidade de assistência;
- Equidade;

- Descentralização Político-Administrativa com direção única em cada esfera de governo;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Participação da comunidade;
- Regionalização e hierarquização.

A Lei 8.080/90 trata:

(a) da organização, da direção e da gestão do SUS;

(b) das competências e atribuições das três esferas de governo;

(c) do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde;

(d) da política de recursos humanos;

(e) dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

A Lei 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 de saúde.

O SUS conta em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas:

(a) a Conferência de Saúde; e

(b) o Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde será composto por representantes do governo (gestores), prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários deverá ser paritária (50%) em relação ao conjunto dos demais segmentos.

As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelo respectivo Conselho.

A Lei 8.142/90 trata da alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, do repasse de forma regular e automático para os Municípios, Estados e Distrito Federal. Para o recebimento destes recursos Municípios, Estados e Distrito Federal devem contar com:

- (a) Fundo de Saúde;
- (b) Conselho de Saúde;
- (c) Plano de Saúde;
- (d) Relatório de Gestão;
- (e) Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- (f) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS).

1.3 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SUS: AS NORMAS OPERACIONAIS

O Processo de implantação do SUS tem sido orientado por instrumentos chamados Normas Operacionais, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que Estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema.

As Normas Operacionais Básicas são instrumentos utilizados para a definição de estratégias e movimentos tático-operacionais que reorientem a operacionalidade do Sistema, a partir da avaliação periódica de implantação e desempenho do SUS.

Embora o instrumento que formaliza a norma seja uma portaria do Ministério da Saúde, o seu conteúdo é definido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

Entre os objetivos das Normas Operacionais temos:

- Induzir e estimular mudanças;
- Aprofundar e reorientar a implementação do SUS;

- Definir novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes, e movimentos tático-operacionais;
- Regular as relações entre seus gestores;
- Normatizar o SUS.

Desde o início do processo de implantação do SUS foram publicadas três Normas Operacionais Básicas e em 2001 foi publicada a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01).

A Norma Operacional Básica 01/91

A Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91) foi editada pela da Resolução do INAPMS nº 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991, publicadas no Boletim de Serviço daquele Instituto.

Os principais pontos da NOB/SUS 01/91 são:

- Equipara prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento que passa a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços;
- Centraliza a gestão do SUS no nível federal (INAMPS);
- Estabelece o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.
- Considera como “municipalizados” dentro do SUS, os municípios que atendam os requisitos básicos:
 - (a) criação dos Conselhos Municipais de Saúde;
 - (b) criação do Fundo Municipal de Saúde;
 - (c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos;
 - (d) Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde;
 - (e) Contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento;

(f) Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação.

- Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios. A cobertura ambulatorial anual é obtida da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação;
- Modifica o sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A Norma Operacional Básica 01/93

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) foi editada pela portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena). Os principais pontos da Norma Operacional Básica são:

- Cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- Habilita municípios como gestores;
- Define o papel dos Estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passam a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde;
- São constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores.

A Norma Operacional Básica 01/96

O êxito das mudanças promovidas com a NOB/SUS 01/93 desencadeou uma ampla discussão no setor saúde e levou à construção de uma nova Norma Operacional Básica que representasse um salto de qualidade na oferta dos serviços e ações desenvolvidas pelo SUS em todo o País.

A NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e municípios.

Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram:

- Promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União.
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;
- Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a Estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federais, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;

Entre as principais características observadas na NOB/SUS 01/96 temos:

- Transfere aos municípios habilitados como Plena da Atenção Básica, os recursos financeiros com base per capita relativos a esta responsabilidade, criando o PAB (Piso Assistencial Básico), repassado fundo a fundo de forma regular e automática, e com base em valor nacional per capita para a população coberta;
- Reorganiza a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada - FAE);
- Reorganiza a gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC);
- Incorpora as ações de Vigilância Sanitária, criando o Incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária;
- Incorpora as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- Promove a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de Incentivo financeiro;

- Aprimora o planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- Define as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados.

Alterações na Norma Operacional Básica 01/96

A NOB/SUS 01/96 foi editada em 5 de novembro de 1996 por meio da portaria GM/MS nº 2.203. Vários aspectos deveriam ser imediatamente regulamentados para viabilizar sua implantação, como por exemplo, os requisitos e instrumentos para habilitação, implantação de nova tabela do SIA/SUS, o valor do PAB, o Fator de Ajuste, a PPI, o Cartão SUS, a Vigilância Sanitária, as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, e a data do início de repasse automático fundo a fundo do PAB.

Entretanto, em dezembro de 1996, houve a substituição do Ministro Adib Jatene pelo Ministro Carlos Albuquerque, gerando uma reorientação na condução do Ministério da Saúde e uma rediscussão sobre alguns conceitos contidos na versão original da NOB/SUS 01/96, principalmente em relação ao PAB e o financiamento necessário para a sua implementação.

A Instrução Normativa 01/97, editada em 15 de maio de 1997, regulamentou o processo, fluxos, requisitos e instrumentos de comprovação para Estados e municípios se habilitarem às novas condições de gestão da NOB/SUS 01/96.

Discussões entre o Ministério da Saúde, Estados e municípios sobre o financiamento do SUS e a implantação da NOB/SUS 01/96 consumiram quase todo o ano de 1997. Em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implementação da NOB/SUS 01/96.

As principais alterações introduzidas na NOB/SUS 01/96 foram:

- O conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência;
- A portaria 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB;
- O Valor Nacional da Parte Fixa do PAB foi definido em R\$ 10,00 per capita/ano a ser transferido fundo a fundo regular e automática aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96;

- Foi criado o “valor máximo da Parte Fixa do PAB”, estipulado em R\$18,00 habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998;
- Foi criada a Parte Variável do PAB que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:
 - (a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
 - (b) Programa de Saúde da Família;
 - (c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
 - (d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
 - (e) Assistência Farmacêutica Básica;
 - (f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária foi definido um valor R\$ 0,25 habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB;
- Foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde NOA/SUS 01/2001.

O período de implementação do NOB/SUS 01/96 compreendido entre os anos de 1998 e 2000 foi marcado por uma série de importantes avanços no processo de descentralização do Sistema Único de Saúde.

Em dezembro de 2001, segundo a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS), mais de 99,21% dos municípios brasileiros (5.516) se habilitaram a uma das condições de gestão previstas na referida Norma, sendo 89% em Gestão Plena da Atenção Básica (4.952) e 10,14% em Gestão Plena de Sistema Municipal (564). A maior parte destas habilitações ocorreu em 1998, no primeiro ano de implementação da NOB/SUS 01/96.

Em relação à habilitação dos Estados, em dezembro de 2001, cinco Estados estavam habilitados na Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual e sete na condição de Gestão Plena de Sistema Estadual.

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB/SUS 01/96, entre os quais podemos citar a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do

sistema, e da resolutividade e acesso a serviços, estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

A publicação da NOAS/SUS 01/01 é o resultado de um longo processo de negociação que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS/SUS 01/01 articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços da atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

O objetivo da NOAS/SUS 01/01 é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Estabelece o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Institui 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 coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Cabe às secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde.

O PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a:

- (a) assistência pré-natal, parto e puerpério;
- (b) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- (c) cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias;
- (d) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- (e) tratamento de intercorrências mais comuns na infância;
- (f) atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- (g) acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- (h) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;

- (i) tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- (j) controle de doenças bucais mais comuns;
- (k) suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

Na elaboração do PDR, um dos passos mais importantes é a definição dos conceitos-chave, a ser feita de acordo com a realidade de cada Estado. São eles:

- Região de Saúde – base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde.
- Módulo Assistencial – é o espaço territorial que disponha da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, podendo ser constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade Federada. O Módulo Assistencial deve apresentar uma das seguintes características:
 - (a) conjunto de municípios entre os quais há um Município-Sede habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal (observar alterações na NOAS/SUS 01/02) com capacidade de ofertar a totalidade dos procedimentos constantes do anexo 3 da NOAS/SUS 01/01, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou
 - (b) um município em Gestão Plena do Sistema Municipal com capacidade para ofertar com suficiência a totalidade dos procedimentos constantes do anexo 3 da NOAS/SUS 01/01 para a sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.
- Município-Pólo de uma região ou microrregião – é aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

- Microrregião de Saúde – é a unidade territorial mínima para qualificação na assistência à saúde, que deverá dispor de complexidade assistencial acima do exigido para os Módulos Assistenciais, sendo que esta definição deverá ser feita no âmbito estadual.

O Plano Diretor de Regionalização servirá de base e subsidiará o processo de qualificação das microrregiões de saúde.

No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS/SUS 01/01 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e define como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Para o financiamento do elenco de procedimentos da atenção básica ampliada, foi instituído o PAB-Ampliado, e seu valor fixado em R\$10,50 habitante/ ano.

A NOAS/SUS 01/01 definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. O financiamento federal das ações ambulatoriais é feito com base em um valor per capita nacional (R\$6,00 habitante/ano). Ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde adicionará recursos ao Teto Financeiro das UF para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população.

No Capítulo que trata do Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS, é definido que as UF deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Cabe às SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do Estado. A PPI aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do Estado, sendo que o limite financeiro de cada município será composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios localizados em municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o Estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso. Este termo tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI.

A NOAS/SUS 01/01 estabeleceu as responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos gestores

municipais e estaduais. A partir de sua publicação os municípios puderam se habilitar em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde. Os Estados puderam se habilitar em duas condições: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual.

A Nota Técnica CONASS nº 23, de 13 de agosto de 2001, apresentou uma síntese dos passos operacionais para a implantação da NOAS/SUS 01/01.

A Norma Operacional da Assistência - NOAS/SUS 01/2002.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS/SUS 01/02) foi instituída pela portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. É o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada em 22 de novembro de 2001. Naquela data, foi firmado um acordo entre o CONASS e CONASEMS contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não-residente que busca atendimento no município de referência.

As principais modificações na NOAS/SUS 01/01 introduzidas pela NOAS/SUS 01/02 foram:

- O município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal quando em situação de comando único municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) quando em situação de comando único estadual;
- Estabeleceu que o Limite Financeiro da Assistência de cada Estado, assim como do DF no que couber, independente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:
 - (a) Relação de todos os municípios da UF, independentemente da sua condição de gestão;
 - (b) Condição de gestão do município ou nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade;
 - (c) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal;
 - (d) Parcela de recursos financeiros para atendimento das referências intermunicipais;
 - (e) Parcela de recursos financeiros para atendimento da população residente sob gestão estadual;

(f) Outros recursos sob gestão estadual, alocados nos municípios ou na SES;

(g) Limite Financeiro Global da UF, somas dos itens C,D, E, e F.

- Estabeleceu que cabe aos Estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.
- Foi estabelecida como prerrogativa dos Estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do conjunto mínimo de serviços de média complexidade M1 em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA.

A Nota Técnica do CONASS número 2, de 20 de março de 2002, apresentou um detalhamento das principais alterações introduzidas pela NOAS/SUS 01/02.

1.4 COMENTÁRIOS FINAIS

Em doze anos de implantação do SUS os principais avanços, de reconhecimento quase consensual, dizem respeito a:

- a) Ampla descentralização das ações e serviços de saúde para Estados e municípios, resultando no fato de que a quase totalidade dos municípios brasileiros tem responsabilidades definidas sobre a saúde de sua população, avanço considerável em relação à organização do Estado brasileiro – no que tange à saúde – impensável até o início da década de 90. Os municípios tornaram-se novos e importantes atores, desenvolvendo modelos de gestão compatíveis com suas responsabilidades.
- b) Estruturação do Conselhos Nacional, e dos conselhos estaduais e municipais de Saúde, em todos os Estados da federação e em mais de cinco mil municípios, permitindo a interlocução com a sociedade e a inclusão de inúmeros novos atores no processo. Este salto da participação popular é inquestionável, independentemente da análise da qualidade do controle social ora exercido.
- c) Fortalecimento da rede pública de saúde em todos os níveis de complexidade;
- d) Comprovada extensão de cobertura, incluindo grupos populacionais que não eram

contemplados pelo antigo sistema previdenciário, com melhoria, inclusive, de importantes indicadores de saúde;

- e) Ênfase na atenção básica, como porta de entrada preferencial do sistema, com desenvolvimento de novos modelos centrados na concepção da atenção familiar, concebida como estratégia reestruturante do modelo assistencial. Locais onde o Programa de Saúde da Família se apresenta desarticulado com os demais níveis de complexidade do sistema, não refletem a concepção do modelo, uma vez que este não foi concebido para uma atenção meramente focal.
- f) Definição de fontes de financiamento público, mas com repetitivos contingenciamentos orçamentários e restrições financeiras. Recentemente conquistou-se a Emenda Constitucional 29 que assegura fontes estáveis e patamares mínimos para cada uma das três esferas de governo.

2. OS GESTORES DO SUS EM CADA ESFERA DE GOVERNO

2.1 INTRODUÇÃO

Para efeito de entendimento das funções no Sistema Único de Saúde conceituamos:

Gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS.

Gestão como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Para que se possa discutir o papel de cada esfera de governo no Sistema Único de Saúde é importante definir quem são os gestores do SUS em cada nível e o que são as funções gestoras no SUS.

Os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de governo designados para o desenvolvimento das funções do Executivo na saúde, a saber: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

As funções gestoras no SUS podem ser definidas como “um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessários para a implementação de políticas na área da saúde” (Souza, 2002).

Pode-se identificar “quatro grandes grupos de funções (macro-funções) gestoras na saúde:

- (a) formulação de políticas/planejamento;
- (b) financiamento;
- (c) coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/ redes e dos prestadores públicos ou privados);
- (d) prestação direta de serviços de saúde” (id, ibid).

Cada uma dessas macro-funções compreende uma série de sub-funções e de atribuições dos gestores na área da saúde. Dentro de macro-função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico da necessidade de saúde, identificação das prioridades e programação de ações.

Definir o papel e as atribuições dos gestores do SUS nos três níveis de governo significa identificar as especificidades da atuação de cada esfera no que diz respeito a cada uma dessas macro-funções gestoras, de forma coerente com a finalidade de atuação do Estado em cada esfera governamental, com os princípios e objetivos estratégicos da política de saúde, e para cada campo da atenção na saúde (promoção da saúde, articulação intersetorial, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência à saúde, entre outros) (id, ibid).

A Legislação do SUS e diversas normas e portarias editadas nos anos 90 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas de governo.

A Constituição Federal estabelece os princípios, diretrizes e competências do Sistema Único de Saúde, mas não define especificamente o papel de cada esfera de governo no SUS. Um maior detalhamento da competência e das atribuições da direção do SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal – é feito pela Lei 8.080/90 ou Lei Orgânica da Saúde.

FIGURA 2
ESTRUTURA INSTITUCIONAL E DECISÓRIA DO SUS

	GESTOR	COMISSÃO INTERGESTORES	COLEGIADO PARTICIPATIVO
NACIONAL	ministério da saúde	comissão tripartite	conselho nacional
ESTADUAL	secretarias estaduais	comissão bipartite	conselho estadual
MUNICIPAL	secretarias municipais		conselho municipal

2.2 DEFINIÇÃO DE ATRIBUIÇÕES PELA LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

A Lei Orgânica da Saúde estabelece em seu artigo 15 as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação.

São definidas como **atribuições comuns** da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, em seu âmbito administrativo:

- Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano à saúde;
- Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- Organização e coordenação do sistema de informação em saúde;
- Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- Elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- Participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- Elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- Participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- Elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde – SUS de conformidade com plano de saúde;
- Elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- Realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- Requisição, pela autoridade competente da esfera administrativa correspondente, de bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, assegurada justa indenização, para

atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo eminente, de calamidade pública ou irrupção de epidemias;

- Implementação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- Celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- Elaboração de normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- Articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para a pesquisa, ações e serviços de saúde;
- Articulação da política e dos planos de saúde;
- Realização de pesquisas e estudos na área de saúde;
- Definição das instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- Fomento, coordenação e execução de programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Uma análise geral da Lei 8.080/90 permite destacar em relação à competência de cada nível específico de gestão do SUS os pontos a seguir descritos.

Competências da União

À **direção nacional** do Sistema Único de Saúde compete:

- Formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- Participar na formulação e na implementação das políticas de controle das agressões ao meio ambiente, de saneamento básico e relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- Definir e coordenar os sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade, de rede de laboratórios de saúde pública, de Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária;
- Participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

- Participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;
- Coordenar e participar na execução das ações de Vigilância Epidemiológica;
- Estabelecer normas e executar a Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;
- Promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;
- Formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- Identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;
- Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- Prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;
- Elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- Promover a descentralização para as Unidades federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente de abrangência estadual e municipal;
- Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- Acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
- Elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;
- Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Competência do Estado

À **direção estadual** do Sistema Único de Saúde compete:

- Promover a descentralização para os municípios dos serviços e das ações de saúde;
- Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde;
- Prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
- Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços: de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição e de saúde do trabalhador;
- Participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
- Participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
- Participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
- Em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;
- Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- Estabelecer normas, em caráter suplementar para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;
- Formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;
- Colaborar com a União na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- O acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da UF.

Competência do Município

À **direção municipal** do Sistema Único de Saúde compete:

- Planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;
- Participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde, em articulação com sua direção estadual;
- Participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- Executar serviços de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e de saúde do trabalhador;
- Dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;
- Colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes para controlá-las;
- Formar consórcios administrativos intermunicipais;
- Gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;
- Colaborar com a União e os Estados na execução da Vigilância Sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
- Celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
- Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
- Normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

2.3 RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES DE ESTADOS E MUNICÍPIOS DEFINIDAS NA NOAS/SUS 01/02

A NOAS/SUS 01/2002 em seu capítulo III estabelece os critérios de habilitação de municípios e Estados, explicitando as responsabilidades dos gestores municipais e estaduais.

A partir da publicação da NOAS 01/2002 os municípios poderão habilitar-se em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal. No caso dos Estados a NOAS prevê duas condições de habilitação: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Os municípios para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada deverão assumir as seguintes responsabilidades:

- Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.
- Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo o detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.
- Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo Estado ou pela União.
- Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível de atenção.
- Cumprimento das responsabilidades referentes as áreas de atuação estratégicas mínimas.
- Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população do conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada (anexo 2 da NOAS/SUS 01/02).
- Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
- Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços

prestados aos seus municípios, conforme a PPI, mediado pela SES.

- Desenvolvimento de atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- Operação do SIA/SUS e do SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.
- Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
- Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica.
- Execução das ações básicas de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente.
- Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o Estado.

Os municípios para se habilitarem à Gestão Plena de Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades definidas a seguir:

- Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo o detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.

- Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares.
- Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo Estado e pela União.
- Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública.
- Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.
- Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.
- Integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares.
- Desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual.
- Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS.
- Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus municípios e sobre o meio ambiente.
- Execução das ações básicas de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB.
- Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB.
- Firmar o Pacto da Atenção Básica com o Estado.

Os Estados para poderem se habilitar na Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual deverão assumir as seguintes responsabilidades:

- Elaboração do Plano de Saúde e do Plano Diretor de Regionalização, incluindo o Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada e Integrada.
- Coordenação da PPI do Estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme a referência intermunicipal.
- Gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de Saúde Pública.
- Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional.
- Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, viabilizando com os municípios-sede de módulos assistenciais e pólos os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso.
- Gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados em nenhuma das condições de gestão vigentes no SUS.
- Gestão das atividades referentes a Tratamento Fora de Domicílio para Referência Interestadual, Medicamentos Excepcionais, Central de Transplantes. O Estado poderá delegar essas funções aos municípios em GPSM.
- Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional.
- Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
- Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores.
- Organização e gestão do sistema estadual de Controle, Avaliação e Regulação.
- Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de Vigilância Sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

- Estruturação e operação do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria.
- Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde.
- Coordenação das atividades de Vigilância Epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).
- Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.
- Coordenação das atividades de Vigilância Sanitária e execução complementar conforme legislação em vigor e pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Execução de ações básicas de Vigilância Sanitária, referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas.
- Execução das ações de média e alta complexidade de Vigilância Sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal.
- Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.
- Operação dos Sistemas Nacionais de Informação, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.
- Coordenação do processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica com os municípios, informação das metas pactuadas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores pactuados.

Os estados para poderem se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual deverão assumir, além das responsabilidades da condição avançada do sistema estadual, o cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual.

2.4 ENTIDADES DE REPRESENTAÇÃO DOS GESTORES

As entidades de representação dos gestores têm tido um papel importante nas Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, conformando-as como um espaço consistente de negociação, pactuação, articulação e integração entre os gestores.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) foi constituído no ano de 1988, como ente de mobilização e representação dos Secretários Municipais de Saúde.

O CONASEMS tem como eixo de ação “o fortalecimento e a autonomia da gestão municipal, promovendo e incentivando o desenvolvimento de políticas públicas que valorizem as experiências de saúde, com caráter intersetorial, que promova equidade e participação social” .

No nível nacional, participa da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), representando as secretarias municipais de saúde nos fóruns de negociação e deliberação sobre a saúde pública.

Em cada Estado os Secretários Municipais de Saúde se organizam em COSEMS (Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde), sendo que em alguns Estados a entidade recebe outras denominações. Os representantes do COSEMS e os representantes das secretarias Estaduais de Saúde compõem a Comissão Intergestores Bipartite em cada Estado.

Nos Estados maiores, foram organizados os Conselhos Regionais de Secretários Municipais de Saúde (CRESEMS) que fazem parte das Comissões Intergestores Bipartite Regionais.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) foi fundado em fevereiro de 1982, com o objetivo de tornar o conjunto das secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, mais participante do esforço de reconstrução do setor saúde, como parte de uma ampla pauta social, naquele momento de redemocratização do País.

É uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público, congregando os Secretários e seus substitutos legais. Tem sede e foro em Brasília, DF.

O CONASS constitui um organismo da direção do Sistema Único de Saúde (SUS) com mandato de representar politicamente os interesses comuns das secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, perante as demais esferas de governo e outros parceiros, em torno de estratégias comuns de ação entre os gestores estaduais de saúde. Dentre as representações de que participa estão a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Quanto à finalidade, competência e linhas de ação, o CONASS atua como órgão permanente de intercâmbio de experiências e informações de seus membros, voltado para a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar em saúde e para o desenvolvimento das ações e serviços de saúde.

Sua missão é promover o pleno exercício das responsabilidades das secretarias de Saúde dos Estados na política de saúde, junto aos órgãos setoriais federais e municipais, aos Poderes Legislativo e Judiciário, além de outras entidades da sociedade civil.

O CONASS é composto por:

- **Assembléia Geral**, órgão máximo da entidade com poderes deliberativos e normativos e do qual fazem parte todos os seus membros efetivos;
- **Diretoria**, composta por cinco Secretários (um Presidente e quatro Vice-presidentes), sendo um de cada região do País;
- **Comissão Fiscal**, constituída de três Secretários como membros titulares e mais três como suplentes;
- **Secretaria Executiva**, órgão de assessoramento técnico da entidade e responsável pela implementação das deliberações da Diretoria e da Assembléia;
- **Câmaras Técnicas** temáticas, de âmbito nacional, que compõem um fórum técnico de assessoramento aos Secretários, Secretaria Executiva e Diretoria do CONASS, mediante estudos, discussão, análise das políticas de saúde, pesquisas, troca de experiências e cooperação técnicas entre as SES. As Câmaras Técnicas tem também por função promover a integração das ações do SUS, bem como a seleção e proposição, à Assembléia, de assuntos relevantes a serem aprofundados ou debatidos e negociados com o Ministério da Saúde e CONASEMS. As Câmaras Técnicas do CONASS são compostas por um representante de cada SES, em cada um dos seguintes temas:
 - Planejamento da Gestão e da Assistência à Saúde;
 - Regulação, Controle e Avaliação;
 - Assistência Farmacêutica;
 - Epidemiologia;
 - Vigilância Sanitária;
 - Recursos Humanos; e
 - Informação e Informática.

O financiamento do Conselho é essencialmente feito mediante contribuições das SES ao “Fundo CONASS” de acordo com valores estabelecidos nas suas Assembléias.

Em dezembro de 2002, o CONASS lançou uma publicação comemorativa aos seus 20 anos de existência que traz uma série de informações sobre a sua estrutura, organização e história.

2.5 FÓRUNS DE NEGOCIAÇÃO E DELIBERAÇÃO

As Comissões Intergestores

A portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993, estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde aprovando a Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

No capítulo que trata do “Gerenciamento do processo de descentralização” estabelece que o mesmo tem como eixo à prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como fóruns de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde, respectivamente. No caso das Comissões Intergestores, as decisões são tomadas pelo consenso das entidades representativas das instâncias governamentais.

No âmbito nacional, a Comissão Intergestores **Tripartite**, integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

No âmbito estadual, a Comissão Intergestores **Bipartite**, integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado (COSEMS).

3. CONTROLE SOCIAL

A legislação federal (Constituição Federal, Art. 198, inciso III e Lei 8.080/90, Art. 7º, inciso VIII) estabeleceu as normas gerais que orientam a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde, regulamentados pela Lei 8.142/90, Art. 1º - parágrafos 1 a 5.

As **Conferências de Saúde** são instâncias colegiadas, de caráter consultivo, que possibilitam o exercício do controle social no âmbito do poder executivo, tendo como objetivo avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes da política de saúde em cada nível de governo, constituindo-se no mais importante fórum de participação ampla da população. Sua periodicidade deverá ser estabelecida pelos Conselhos de Saúde correspondentes, não devendo ultrapassar quatro anos.

Os **Conselhos de Saúde** buscam participar da discussão das políticas de saúde tendo uma atuação independente do governo, embora façam parte de sua estrutura e onde se manifestam os interesses dos diferentes segmentos sociais, possibilitando a negociação de propostas e o direcionamento de recursos para diferentes prioridades.

Em seu parágrafo 2º, a Lei 8.142/90 define: “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

Na perspectiva do controle social, a participação da população na gestão da saúde coloca as ações e serviços na direção de interesses da comunidade e estabelece uma nova relação entre o Estado e a Sociedade, na qual o conhecimento da realidade de saúde das comunidades é o fator determinante na tomada de decisão por parte do gestor.

A legislação, porém, deixou uma lacuna principalmente nos aspectos de representatividade e legitimidade dos diversos segmentos sociais e naqueles referentes à organização, estruturação e funcionamento dos conselhos.

Para preencher essa lacuna e orientar a formação dos Conselhos de Saúde, acelerando e consolidando o controle social do SUS, o Conselho Nacional de Saúde editou, em dezembro de 1992, a Resolução nº 33 – Recomendações para Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Em novembro de 2002, considerando o acumulado no exercício do controle social em 10 anos, bem como as demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais

expressas nas 9^a, 10^a e 11^a Conferências Nacionais de Saúde, nas Plenárias de Saúde e em outros fóruns representativos, a Resolução N.º 33 foi atualizada pelo documento Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Este documento definiu que “**aos Conselhos de Saúde** que tem suas competências definidas nas leis federais bem como em deliberações advindas das Conferências de Saúde **competem**”:

- Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS para o controle social de Saúde;
- Elaborar o Regimento do Conselho e outras normas de funcionamento;
- Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;
- Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
- Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;
- Proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
- Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde;
- Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, e princípio da equidade;
- Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do sistema de saúde do SUS;
- Avaliar e deliberar sobre os contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;
- Propor critérios para a programação e para a execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;

- Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União;
- Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão com a prestação de contas e informações financeiras, repassado em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;
- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;
- Examinar propostas e denúncias de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito das deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias;
- Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das conferências de saúde, propor sua convocação, estruturar sua comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências;
- Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde;
- Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área da saúde, pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;
- Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;
- Apoiar e promover a educação para o controle social. Constará do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;
- Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos humanos do SUS;
- Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos Conselhos.

Ao abordarmos a competência dos Conselhos de Saúde é importante ressaltar que o trabalho do

Conselho não pode ser confundido com o papel executivo do gestor de saúde. O gestor é responsável pela execução da política de saúde, enquanto ao Conselho cabe deliberar as diretrizes dessa política, acompanhando as ações e fiscalizando a utilização dos recursos.

O documento Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde também estabelece a composição dos Conselhos de Saúde. Um Conselho deverá ser composto por representantes do governo, de trabalhadores de saúde, de prestadores de serviços de saúde e usuários e deve ter como premissa básica a paridade do número dos usuários em relação aos demais segmentos representados. Ou seja, 50% do número total de conselheiros será de representantes de usuários, enquanto que os outros 50% deverá ser composto por representantes dos demais segmentos, sendo 25% de trabalhadores de saúde e 25% restantes de governo, entidades ou instituições prestadores de serviços públicos, filantrópicos e privados.

O número de conselheiros para a composição dos Conselhos de Saúde tem variado de acordo com a realidade dos Estados e municípios e deve ser definido pelos plenários dos Conselhos e das Conferências de Saúde, porém qualquer que seja o número dos membros a paridade deverá ser mantida.

Respeitadas as normas legais, cada Conselho tem a liberdade de se organizar de acordo com a realidade de seu Estado ou município, sua composição deve respeitar a correlação de forças sociais da área de atuação de cada conselho, sendo que a indicação dos representantes dos Conselhos de saúde é de exclusiva responsabilidade dos segmentos representados.

Já foram identificadas, as seguintes **categorias de representação**:

- de associações de portadores de patologias;
- de associações de portadores de deficiências;
- das entidades indígenas;
- de movimentos sociais e populares organizados;
- de movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- de entidades de aposentados e pensionistas;
- de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- de entidades de defesa do consumidor;

- de organizações de moradores;
- de entidades ambientalistas;
- de organizações religiosas;
- de trabalhadores de saúde: associações, sindicatos federações e confederações e conselhos de classe;
- da comunidade científica;
- de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais de campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;
- entidades patronais;
- das entidades de prestadores de serviços de saúde;
- do governo;

Quanto a **impedimentos que comprometem a legitimidade dos segmentos nos Conselhos de saúde**, são identificados:

- A participação do Poder Legislativo e do Ministério Público nos Conselhos de Saúde: não devem integrar os Conselhos de Saúde pessoas que pertençam aos poderes legislativo e judiciário, bem como representantes do Ministério Público, considerando a independência de poderes, prevista no artigo 2º da Constituição Brasileira e o papel do Ministério Público.
- A participação de representantes dos usuários e de trabalhadores da saúde em cargos comissionados ou de chefia: os representantes dos usuários e de trabalhadores da saúde não poderão exercer cargo comissionado ou de chefia, na esfera de sua representação, durante seu mandato de conselheiro.

É importante ressaltar que o conselheiro deve atuar como interlocutor de suas bases, não se distanciando da entidade ou movimento que o indicou, porém deve representar e defender os interesses de toda a sociedade. As **funções dos conselheiros** são consideradas de relevância pública, devendo se pautar pela ética, não tendo, os conselheiros, direito à remuneração ou privilégios.

O **mandato dos conselheiros** é definido no Regimento interno do Conselho e não deve coincidir com o mandato do governo ao qual ele está vinculado. Sugere-se a duração de dois anos, com possibilidade de recondução a critério das respectivas representações.

Os Conselhos de Saúde devem cumprir o estabelecido na Lei Orgânica Estadual ou Municipal, desde que a mesma esteja coerente com a legislação federal. O ato de criação dos Conselhos, bem como sua composição, organização, estrutura e competências, se dão por lei ordinária, de iniciativa do poder executivo – municipal, estadual ou federal - que deverá acolher as demandas da população e de acordo com as Conferências de Saúde.

Para garantir o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde os organismos de Governo Estadual e Municipal deverão dar apoio e suporte administrativo e técnico.

A **estrutura dos Conselhos de Saúde** deve ter como órgãos o Plenário e uma Secretaria Executiva a ele subordinada, cabendo aos conselheiros de saúde a definição de sua estrutura administrativa, das assessorias permanentes ou transitórias, do quadro de pessoal e das comissões intersetoriais necessários ao seu pleno funcionamento. Cabe, ainda, aos conselheiros o gerenciamento de seus recursos e o desenvolvimento de projetos de capacitação e atualização por eles definidos, buscando evitar a criação de hierarquia entre os conselheiros e a burocratização do conselho, engessando suas atividades.

Após sua instalação o Conselho de Saúde, elabora seu Regimento Interno, contemplando os elementos que irão garantir seu funcionamento, tais como: abertura dos trabalhos, impedimentos e faltas dos conselheiros, suplência, votação, prazos, estrutura e dimensão da secretaria executiva, periodicidade, quorum mínimo para deliberações em plenário – metade mais um do total de integrantes - entre outros e que deverá ser aprovado pelo próprio Plenário. Qualquer alteração na organização e composição do conselho deverá ser proposta por ele e aprovada em plenário.

O caráter deliberativo e permanente dos Conselhos pressupõe uma atuação constante para que seus membros tenham condições de examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, formulando estratégias, aperfeiçoando-as e propondo meios aptos para sua execução e correção de rumos. O Conselho não pode ser transitório, ou seja, funcionar somente quando convocado, mas reunir-se, no mínimo, uma vez ao mês e extraordinariamente sempre que necessário. Suas reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas pela imprensa, cabendo ao gestor encaminhar com antecedência o material de apoio às reuniões.

Uma vez, a cada três meses, a pauta da reunião do Conselho deve incluir a prestação de contas feita pelo gestor da esfera de governo correspondente, que deverá, para tanto, apresentar relatório detalhado, contendo o andamento da agenda de saúde pactuada, o relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria e contratada e conveniada, entre outros.

Os atos dos Conselhos são consubstanciados em resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos, sendo que as resoluções serão homologadas pelo chefe do poder legalmente

constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 dias, garantindo ainda sua publicação em veículo oficial. Caso o gestor não proceda à homologação nem apresente justificativa, o Conselho poderá buscar validação da resolução junto ao Ministério Público.

No presente, após uma década de exercício do controle social no SUS e em decorrência do processo de descentralização e de qualificação de gestores, estima-se haver aproximadamente 60 mil conselheiros em todo País. Ainda há importante conflito de competências envolvendo os Conselhos e o Executivo. São detectadas situações de não observância pelo Executivo das resoluções dos Conselhos. Por outro lado muitos Conselhos, por inexperiência, tentam assumir atribuições do Executivo, o que não só é ilegal, como reduz a representatividade do Conselho, que perde seu papel primordial.

Construir uma boa relação com o controle social deve ser uma meta do gestor de saúde, podendo oferecer resultados concretos de pactuação para enfrentamento dos problemas, com importante repercussão política.

4 . FINANCIAMENTO DO SUS

4.1 GASTOS PÚBLICOS COM SAÚDE

Os gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil em 2000, por parte do Governo Federal, Estados e Municípios, podem ser estimados em cerca de R\$ 34 bilhões de reais. Nesse ano, os gastos do Governo Federal com recursos próprios somaram R\$ 20,4 bilhões (60% do total) e os dos Estados e Municípios alcançaram R\$ 6,3 bilhões (18,5%) e R\$ 7,3 bilhões (21,5%), respectivamente¹.

Em 2001 os gastos do Governo Federal com ações e serviços de saúde foram de R\$ 22,6 bilhões. O programa que responde pela maior parte dos gastos do MS é o Programa de Atendimento Ambulatorial, Emergencial e Hospitalar, que inclui, entre outras ações, os atendimentos de média e alta complexidade ambulatorial e as internações hospitalares. No entanto, a participação desse programa no total dos gastos vem diminuindo em função do aumento das despesas em programas como Saúde da Família e em ações de prevenção e vigilância.

Uma parcela crescente dos gastos do Governo Federal é realizada na forma de transferência de recursos para os Estados e Municípios. Da mesma forma, uma parte dos gastos dos Estados constitui-se de transferência para os Municípios.

4.2 A ORIGEM DOS RECURSOS DO SUS

Segundo os artigos 195 e 198 da Constituição Federal, o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios.

A Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000, teve por objetivo evitar alguns dos problemas que, nos anos 90, comprometeram o financiamento do SUS, dentre os quais destacam-se:

- a) a inexistência de parâmetro legal que induzisse os Estados, Distrito Federal e Municípios a destinarem recursos para a área de saúde;
- b) a instabilidade (associada a ciclos econômicos e/ou à concorrência com outras políticas públicas) das fontes de financiamento no âmbito da União, responsável pela maior parcela dos recursos destinados ao SUS;

c) a natureza emergencial e provisória de medidas recorrentemente adotadas para fazer frente à falta de recursos para o setor.

A EC nº 29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Após essa Emenda, o artigo 198 da Constituição Federal passou a tratar dessa base de cálculo e o artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabeleceu os percentuais mínimos na ocasião. O parágrafo 3º da nova redação do Artigo 198 prevê a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados, por lei complementar, pelo menos a cada cinco anos desde a data de promulgação da Emenda.

4.3 A RESOLUÇÃO Nº 316 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Para esclarecer aspectos conceituais e operacionais da EC nº 29, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 316, em abril de 2002. Essa Resolução também estabelece orientações no caso de preceitos da Emenda que ainda carecem de regulamentação, como por exemplo, as normas de fiscalização, avaliação e controle de despesas e a definição precisa do conceito de ações e serviços de saúde que sirva de referência para a avaliação da vinculação de recursos à área.

Além dos aspectos referentes à base de cálculo e aos percentuais mínimos dos recursos vinculados, essa Resolução, estabelece uma diretriz sobre que tipos de ações e serviços de saúde podem ser efetivamente considerados como tais para efeito do determinado pela Emenda Constitucional no 29.

Base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde.

No caso da União e para o ano de 2000, a EC nº 29 definiu a base de cálculo como equivalente ao montante empenhado em ações e serviços de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5%. De 2001 até o ano de 2004, a base de cálculo corresponderá ao montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.

Para os Estados, a base de cálculo é a sua receita própria, calculada da seguinte forma:

Total das Receitas de Impostos de Natureza Estadual

(ICMS+ IPVA+ITCMD)

(+) Receitas de Transferências da União

Quota-Parte do Fundo de Participação dos Estados - FPE

Cota-Parte do IPI – Exportação

Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF)

(+) Outras receitas correntes

(Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)

(-) Transferências Financeiras Constitucionais e Legais aos Municípios:

25% do ICMS

50% do IPVA

25% do IPI – Exportação

(=) Receita Própria do Estado = Base de Cálculo Estadual

De forma semelhante, **para os Municípios, a base de cálculo é a sua receita própria, assim calculada:**

Total das Receitas de Impostos Municipais

(ISS, IPTU, ITBI)

(+) Receitas de Transferências da União

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

(+) Receitas de Transferências do Estado:

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI – Exportação

(+) Outras Receitas Correntes

(Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária)

(=) Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal

Recursos mínimos a serem aplicados em saúde.

Segundo a EC nº 29, no caso da União, os recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, no período do ano de 2001 até 2004, correspondem ao valor efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior², corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.

Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a seguinte regra:

a) Os Estados e Municípios cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido inferior a sete por cento deverão aumentá-lo progressivamente de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subseqüentes, conforme o quadro abaixo.

QUADRO 1

PERCENTUAIS MÍNIMOS DE VINCULAÇÃO DA RECEITA PRÓPRIA EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE – EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

b) O caso do Distrito Federal é especial. As receitas orçamentárias dessa instância da Federação possuem componentes que são não só típicos das receitas estaduais, mas também das municipais. Assim, segundo a correspondência desses componentes, aplica-se o percentual mínimo de vinculação dos Estados ou dos Municípios;

c) Os Estados e Municípios que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderão reduzi-lo de imediato. A diferença entre o percentual efetivamente aplicado e o final estipulado no texto constitucional poderá ser reduzida pelo Estado ou Município na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 o percentual deverá ser, no mínimo, de 12% e 15%, respectivamente;

Definição do que são ações e serviços públicos de saúde.

Para efeito da aplicação da EC nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº. 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio (inclusive administrativos), que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

- 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;
- sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas

relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

Além de atender a esses critérios, as despesas com ações e serviços de saúde - realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios - deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT (EC nº 29).

Atendidos esses critérios, para efeito da aplicação dessa Emenda, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- Vigilância Epidemiológica e controle de doenças;
- Vigilância Sanitária;
- vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- educação para a saúde;
- saúde do trabalhador;
- assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- assistência farmacêutica;
- atenção à saúde dos povos indígenas;
- capacitação de recursos humanos do SUS;
- pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.

- atenção especial aos portadores de deficiência.
- ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores³;

Nesse mesmo contexto legal, para efeito da aplicação da EC nº 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

- a) pagamento de aposentadorias e pensões;
- b) assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
- c) merenda escolar;
- d) saneamento básico, mesmo o previsto no primeiro item do tópico anterior, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
- e) limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
- f) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
- g) ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços de saúde e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;
- h) ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados nas bases de cálculos das receitas próprias de Estados e Municípios⁴.

Instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle.

A referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde é o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde (SIOPS).

O SIOPS foi estruturado com a finalidade de atender aos seguintes objetivos:

- a) dar visibilidade aos gastos públicos com saúde, para a sociedade civil;
- b) constituir uma fonte de informações de fácil acesso de forma a facilitar a realização de estudos e pesquisas que possam subsidiar o desenho de políticas públicas e programas na área da saúde;

- c) oferecer informações para o aumento e a eficácia das ações e serviços públicos de saúde; e
- d) servir como instrumento de verificação do cumprimento da Constituição Federal, no que se refere ao disposto na Emenda Constitucional no 29.

O SIOPS é um sistema que permite, via internet, organizar e executar a coleta, o processamento, o armazenamento e a disseminação de informações relacionadas a receitas totais e despesas com ações e serviços de saúde da três esferas de governo.

A Resolução nº 316 do Conselho Nacional de Saúde orienta o SIOPS a divulgar as informações relativas ao cumprimento da EC nº 29 aos diversos órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembléias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

Na hipótese de descumprimento da vinculação de recursos para ações e serviços na área de saúde, conforme o previsto pela Emenda Constitucional nº 29, a definição dos valores do exercício seguinte não pode ser afetada. Ou seja, os valores mínimos desse ano deverão ser definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da EC nº 29 no exercício anterior. Além disso, é obrigatória a realização de uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, de forma a compensar a perda identificada, sem prejuízo das sanções previstas na Constituição.

4.4 A PORTARIA GM/MS Nº 2.047/02

O Ministério da Saúde editou a portaria GM/MS nº 2047, de 05 de novembro de 2002, aprovando as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da EC nº 29.

O anexo desta portaria apresenta os seguintes temas:

- (a) da base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde;
- (b) dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde;
- (c) das ações e serviços públicos em saúde;
- (d) dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento da EC nº 29.

A Diretoria do CONASS deliberou pelo encaminhamento ao Ministro da Saúde Barjas Negri, do ofício CONASS nº 291, de 7 de novembro de 2002, com as observações e preocupações da entidade em relação a referida portaria. O CONASS, no referido ofício, destaca o seu compromisso com o cumprimento da EC nº 29, e reafirma que considera como caminho mais adequado para que isto aconteça a sua regulamentação por Lei Complementar.

Entre os pontos abordados no expediente ao Ministro destacamos:

- O entendimento do CONASS quanto a regra de evolução progressiva, no caso dos Estados, de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação (2001-8,25%; 2002 – 9,50%; 2003 – 10,75%; 2004 – 12%).
- O questionamento se os critérios de evolução podem ser objeto de regulamentação por Resolução de CNS ou portaria do MS.
- A inclusão de que os recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, em cada ente federado, serão calculados pela “soma das despesas liquidadas com essas ações...”. Cabe lembrar que a Resolução nº 316 do CNS, em sua primeira diretriz, quando cita a questão da base de cálculo, se refere, por exemplo, no caso da União, em “montante efetivamente empenhado”.
- O artigo sexto da seção que trata das “ações e serviços públicos de saúde” considera como despesas em ações e serviços públicos de saúde aquelas de custeio e capital que “sejam de responsabilidade específica do setor saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde” e “deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde”. Este conceito deixa de fora gastos em saúde realizados em outros setores governamentais. O artigo oitavo desta mesma seção define as situações não consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde, listadas conforme descrito na Resolução nº 316 do CNS. Sobre esta questão persiste a polêmica, visto que o conceito constitucional de saúde abrange algumas das ações deste artigo.
- Sobre a questão dos instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle do cumprimento da EC nº 29: o SIOPS é um sistema de informação utilizado para o acompanhamento dos gastos em saúde, sendo que o seu preenchimento tem efeitos internos ao SUS e na relação com o Ministério da Saúde, devendo ser observadas as respectivas competências dos órgãos de controle externo responsáveis pelo controle da aplicação dos recursos, entre outros aspectos.
- A atuação do DENASUS é feita no âmbito dos recursos federais, não cabendo a este órgão atuar sobre o cumprimento da EC nº 29.

4.5 ESTIMATIVA DE AUMENTO DOS GASTOS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM DECORRÊNCIA DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

O Boletim do SIOPS de fevereiro de 2002 estima que o aumento dos gastos com saúde em decorrência dos efeitos da Emenda Constitucional no 29 pode alcançar cerca de R\$ 15 bilhões entre 1999 e 2004, o que representaria uma expressiva taxa de crescimento de 43,8% no período.

O impacto dessa Emenda deverá ser maior sobre os gastos estaduais, cujo crescimento é estimado em cerca de 123% no período 1999-2004. Para a União e os Municípios, os recursos adicionais até 2004 serão da ordem de 20,7% e 45%, respectivamente.

Segundo esse Boletim, “a própria evolução do formato federativo do sistema de saúde brasileiro, a partir da Constituição Federal de 1988, pode explicar, por um lado, o maior impacto da Emenda sobre os gastos estaduais e, por outro, o menor impacto sobre os gastos municipais com saúde. Entende-se que a intensificação do processo de municipalização da saúde, principalmente a partir da Norma Operacional Básica de 1993, aliada à reforma fiscal implementada pela própria Constituição Federal, teve como conseqüência natural a elevação dos gastos dos municípios na área da saúde ao longo dos anos 90. O oposto ocorreu com os estados na década passada, já que não tiveram seu papel claramente definido na legislação infraconstitucional do Sistema Único de Saúde, em particular nas Normas Operacionais Básicas do SUS. Não bastasse isso, passaram por intenso processo de reestruturação financeira, com maior comprometimento de suas receitas com o pagamento de suas dívidas internas (...)” (SIOPS, 2002). A NOAS/SUS 01/02 explicita o papel de coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde e promove a regionalização do sistema de saúde no âmbito estadual, o que certamente demandará um aumento dos gastos desta esfera de governo.

4.6 COMPOSIÇÃO DAS FONTES DE FINANCIAMENTO DOS GASTOS DO GOVERNO FEDERAL – MINISTÉRIO DA SAÚDE.

O total de gastos do Ministério da Saúde em 2001 foi de R\$ 26,136 bilhões. É importante esclarecer que nem todos os gastos do Ministério correspondem a despesas com ações e serviços de saúde, que nesse mesmo ano, somaram R\$ 22,6 bilhões. Dentre outras, não são consideradas como despesas desse tipo os gastos realizados pelo Ministério com o pagamento de aposentadorias e pensões (cerca de R\$ 2,27 bilhões, em 2001), amortização de dívidas (R\$ 235,5 milhões) e ações de saneamento básico realizadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza (Projeto Alvorada) – R\$ 1,1 bilhão em 2001.

As principais fontes de financiamento do Ministério da Saúde são as Contribuições Sociais,

responsáveis por 75% do total. Os recursos provenientes de impostos (Recursos Ordinários do Tesouro) participam com 14,4%.

A Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (COFINS) foi criada pela Lei Complementar nº 70/91, com base no Artigo 195 da Constituição Federal e destina-se a financiar exclusivamente a seguridade social. Essa contribuição é calculada à alíquota de 3% sobre as receitas das pessoas jurídicas e, em 2001, respondeu por 38,9% dos recursos do Ministério da Saúde.

A Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) é a segunda fonte de recursos mais importante do Ministério da Saúde. Contribui com cerca de 28% do total dos recursos. A última formatação legal dessa contribuição é a definida pela Emenda Constitucional no 37, conforme o Artigo 84 do Ato das Disposições Constitucionais Provisórias. A CPMF é calculada à alíquota de 0,38% (trinta e oito centésimos por cento), em 2002 e 2003, e de 0,08% (oito centésimo por cento), em 2004, sobre a movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira. Do produto de sua arrecadação, em 2002 e 2003, a parcela correspondente à alíquota de 0,20% (ou 52,63% do total) é destinada ao Fundo Nacional de Saúde, para o financiamento de ações e serviços na área; 0,10% para o custeio da previdência social; e 0,08% para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. Em 2004, toda a arrecadação da CPMF será destinada a esse Fundo.

A Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) contribui com cerca de 7% dos recursos orçamentários do Ministério da Saúde. Incide sobre os lucros das empresas, com uma alíquota de 9% sobre o lucro ou 12% do faturamento no caso de lucros presumidos, sendo o produto de sua arrecadação destinado ao financiamento da seguridade social.

O Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza é responsável por 4,4% do total de recursos do Ministério da Saúde. Esse Fundo foi criado pelo artigo 79 do ADCT, em decorrência da Emenda Constitucional no 31, de 14 de dezembro de 2000, e regulamentado pela Lei Complementar no 111, de 6 de julho de 2001, para vigorar até o ano de 2020. Com o “objetivo de viabilizar a todos os brasileiros o acesso a níveis dignos de subsistência”, esse Fundo aplica os seus recursos em ações suplementares de nutrição, habitação, saúde, educação, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social.

Dentre outras fontes de financiamento, merece destaque o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres (DPVAT), de que trata a Lei nº 6.194/74. As companhias seguradoras são obrigadas a repassar ao Sistema Único de Saúde 50% (cinquenta por cento) do valor total do prêmio recolhido, com a finalidade de custeio da assistência médico-hospitalar dos segurados vitimados em acidentes de trânsito. Em 2001, o valor desse repasse alcançou R\$ 586 milhões.

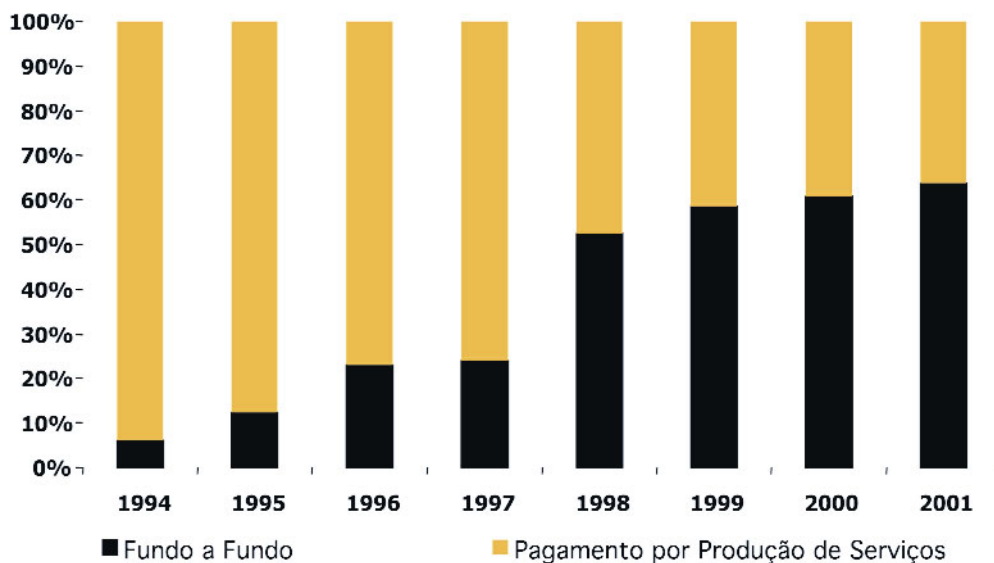
4.7 AS TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Os recursos do Governo Federal, que correspondem a cerca de 60% do total dos gastos com ações e serviços públicos de saúde no País, vêm sendo progressivamente repassados a Estados e Municípios, por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde⁵ aos fundos estaduais e municipais, conforme o mecanismo instituído pelo Decreto 1232, de 30 de agosto de 1994⁶.

GRÁFICO 1

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE RECURSOS FEDERAIS PARA O CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA, SEGUNDO MODALIDADE DO PAGAMENTO. BRASIL 1994 A 2001*

*JANEIRO A NOVEMBRO DE 2001



Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde

Avançando nos aspectos técnico-operacionais relativos aos princípios estabelecidos por essa Lei, a implantação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os Estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de recursos e responsabilidades para a operacionalização do Sistema Único de Saúde.

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência à saúde podem ser executados

segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (fundo a fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

As Transferências de Recursos Fundo a Fundo (Estaduais e Municipais) têm por base a habilitação dos municípios e Estados às várias condições de gestão estabelecidas pela NOAS/SUS 01/02: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal, no caso dos municípios, e Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual, no caso dos Estados⁷.

As prerrogativas de cada uma dessas modalidades de gestão no que se refere às transferências fundo a fundo e à descentralização da responsabilidade pelas ações e serviços de saúde são as seguintes:

No caso de municípios:

a) Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

- Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), correspondente ao financiamento do elenco de procedimentos básicos e do incentivo de Vigilância Sanitária.
- Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável. Esse Piso depende da adesão do município a programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como o Programa de Agentes Comunitários, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas como a Farmácia Básica e as Ações Básicas em Vigilância Sanitária.

b) Gestão Plena do Sistema Municipal

- Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o conjunto mínimo dos procedimentos do M1, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos.
- Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado.

No caso do Estados:

a) Gestão Avançada do Sistema Estadual .

- Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica (PAB) relativos aos municípios não habilitados, nos termos da NOB/SUS 01/ 96.
- Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do M1 em regiões qualificadas, nos casos em que o município-sede estiver habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

b) Gestão Plena do Sistema Estadual

- Todas as prerrogativas da condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual.
- Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Limite Financeiro de Assistência de Média e Alta Complexidade, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

Para monitorar as transferências de recursos para Estados e municípios, o Fundo Nacional de Saúde criou um Sistema de Transferências de Recursos Fundo a Fundo, cobrindo as transferências do Piso de Atenção Básica (PAB Fixo e PAB Variável), Ações de Epidemiologia e Combate às Doenças e do FAEC. É importante lembrar que até 1997 não havia a subdivisão dos recursos transferidos para Estados e municípios, o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a edição da portaria n 2.121/GM que implantou o Piso de Atenção Básica (PAB) e separou o teto financeiro entre recursos para o financiamento da Atenção Básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade. Com o PAB, o SUS passou a dispor de uma forma de financiamento tendo por base transferências de recursos sob critério per capita e não mais sob o critério exclusivo de prestação de serviços. Essa nova forma de transferência de recursos constituiu um passo significativo para a construção de um sistema de saúde não restrito a um componente passivo de assistência médica, na medida que o município passou a ter a responsabilidade de gestão de seus recursos, podendo alocá-los segundo a sua estratégia de integralidade das ações de saúde, conforme o previsto na Lei no 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). Além disso, o critério per capita foi de fundamental importância para a redução das desigualdades regionais na distribuição dos recursos.

A intensa habilitação de municípios e Estados gerou um expressivo aumento das transferências diretas de recursos do Fundo Nacional de Saúde para fundos municipais e estaduais, fazendo com que, em dezembro de 2001, cerca de 67% dos recursos da assistência hospitalar e ambulatorial

fossem já transferidos nessa modalidade, em contraposição ao pagamento federal direto aos prestadores de serviços.

Além das transferências do Fundo Nacional de Saúde, os fundos estaduais e municipais recebem aportes dos orçamentos dos seus respectivos Estados e municípios. Além disso, alguns Estados promovem repasses de recursos próprios para os fundos municipais, de acordo com regras definidas no âmbito estadual.

A remuneração por serviços produzidos refere-se ao pagamento aos prestadores de serviços ao SUS (hospitais, ambulatórios, clínicas e profissionais). Esse pagamento é feito pelo nível de governo responsável pela sua gestão, conforme programação e aprovação do gestor, segundo valores fixados em tabelas de procedimentos e editados pela Secretaria de Assistência a Saúde, do Ministério da Saúde. Os Estados e municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema recebem os recursos para realização do pagamento aos prestadores de serviço. Se o Estado ou município não estiver habilitado em Gestão Plena, o pagamento é efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde diretamente ao prestador de serviço.

No caso específico das internações hospitalares, embora o pagamento pelos serviços prestados esteja descentralizado para o nível de governo responsável pela sua gestão, o processamento das informações relativas a todas as internações financiadas pelo sistema público de saúde é realizado de forma centralizada no Ministério da Saúde, pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

notas

1 Fonte: Secretaria Executiva do Ministério da Saúde SE/MS (União); Balanço dos Governos Estaduais (Estados) e SIOPS (Municípios – dados enviados até 1 de julho de 2002)

2 Garantido que, em cada ano, tenha sido aplicado o mínimo determinado pela Constituição.

3 No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União, financiadas com receitas oriundas de operações de crédito, contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem. No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1^o de janeiro de 2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

4 No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido. No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde, financiados com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade, não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

5 Compete ao Fundo Nacional de Saúde gerir recursos alocados com a finalidade essencial de garantir apoio efetivo à realização dos programas do Ministério da Saúde. Com a Edição do Decreto nº 3.496, de 1^o de junho de 2000, o Fundo Nacional de Saúde passou a ser uma Unidade Administrativa na Estrutura Organizacional do Ministério da Saúde, vinculada diretamente à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Apesar de criado há mais de 30 anos, somente no ano 2000 o Fundo Nacional de Saúde passou a ser Unidade Organizacional autônoma no Ministério da Saúde. Em 11 de outubro de 2001 foi publicado o Decreto 3.964, que dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde, fortalecendo-o como instituição indispensável na consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS e corroborando as atividades desenvolvidas no órgão, em especial as transferências de recursos através dos Fundos Estaduais e Municipais e a celebração de convênios com as Entidades integrantes do SUS.

6 Os aspectos mais importantes desse Decreto são os seguintes: a) definição das transferências de recursos do Fundo Nacional de Saúde para Estados e Municípios independentemente de convênio ou instrumento congênere e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (perfil demográfico, perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; revisão do plano quinquenal de investimentos da rede; e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo); b) subordinação dessas transferências à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município; c) subordinação das transferências aos Municípios à indicação, pelas Comissões Bipartites, da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões; e d) afirmação do poder de fiscalização dos Conselhos de Saúde sobre a movimentação de recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

7 Os requisitos e responsabilidades para o município ou o Estado se enquadrar em uma dessas condições de gestão foram estabelecidos inicialmente pela NOB/SUS 01/96, complementada pela Instrução Normativa nº 01/98, e revistos pela NOAS/SUS 01/01 e, em 2002, pela NOAS/SUS 01/02, conforme os Anexos I a V de sua Parte III (Regulamentação Complementar). As principais inovações da NOAS/SUS 01/01 e NOAS/SUS 01/02 em relação aos critérios de habilitação dos municípios são os seguintes: a) são introduzidos dois novos instrumentos (a Agenda de Compromissos e o Quadro de Metas) no processo de habilitação de forma a considerar a nova sistemática de elaboração e acompanhamento dos Planos de Saúde e dos Relatórios de Gestão que tem por objetivo alcançar uma maior efetividade desses instrumentos para a definição de prioridades – de maneira articulada entre os três níveis de governo – e para a prestação anual de contas dos gestores; b) comprovar, por meio da alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios, de acordo com a Emenda Constitucional no. 29; os tópicos relacionados à Vigilância Sanitária e à Vigilância Epidemiológica foram atualizados, tendo em vista as modificações na sistemática de descentralização das ações dessas áreas, após a publicação da NOB/SUS 01/96 e da IN 01/98.

parte



INSTRUMENTOS
DE PLANEJAMENTO

E DE GESTÃO
DO SUS

5. PLANEJAMENTO DA GESTÃO DO SUS

5.1 INTRODUÇÃO

O atual momento de consolidação do Sistema Único de Saúde apresenta uma série de oportunidades para a concretização de um salto qualitativo na atenção à saúde oferecida à população.

Nesse sentido, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios.

O processo de elaboração dos instrumentos de gestão apresenta alguns aspectos que devem ser ressaltados:

- (a) articulação entre os diversos instrumentos, suas etapas de tramitação e seus respectivos níveis de responsabilidade;
- (b) vinculação com o processo de elaboração da proposta orçamentária em cada nível de governo de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e planos plurianuais;
- (c) definição precisa das instâncias, dos fluxos, dos prazos e das responsabilidades em cada etapa e em cada nível do processo;
- (d) circulação das informações entre as três esferas de gestão do SUS e correspondentes conselhos e comissões intergestores;
- (e) ênfase na abordagem estratégica, fundada em compromissos e em acordos com relação a metas e a prioridades entre os diferentes gestores;
- (f) padronização de instrumentos sem comprometimento das nuances da realidade local, com flexibilidade para inclusão de indicadores e metas adequados à mesma.

5.2 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO

A seguir apresentaremos os principais instrumentos de planejamento utilizados pelos gestores de saúde.

Planos Plurianuais - PPA

A Lei do Plano Plurianual (PPA) é editada a cada quatro anos e determina as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para um período de quatro anos, que se inicia no segundo ano do mandato do governante (Presidente da República, governador ou prefeito) e encerra-se no primeiro ano de mandato do governo seguinte.

Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) estabelece de forma antecipada as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ano seguinte. As diretrizes estabelecidas na LDO correspondem a uma parte do que foi definido para o Plano Plurianual (PPA), restrita a um ano específico. A elaboração do projeto da LDO é de competência do Poder Executivo, que deve encaminhá-lo para o respectivo Poder Legislativo para aprovação, observados os prazos previstos na legislação vigente.

Lei Orçamentária Anual

A Lei Orçamentária Anual conterá a discriminação da receita e despesa, de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e anualidade.

Integram a Lei Orçamentária Anual:

- (a) sumário geral de receita por fontes e da despesa por funções do governo;
- (b) quadro demonstrativo da receita e despesa segundo as categorias econômicas;
- (c) quadro discriminativo da receita por fontes;
- (d) quadro das dotações por órgãos do governo e da administração.

Faz parte da Lei Orçamentária Anual quadro demonstrativo do programa anual de trabalho do governo, em termos de realização de obras e de prestação de serviços.

A LOA deverá evidenciar a política econômica financeira e o programa de trabalho do governo, os quais devem ser executados por órgãos das Administrações direta e indireta.

De acordo com a Lei 8.080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão no que concerne a saúde, pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração das respectivas propostas orçamentárias anuais.

A elaboração do projeto da LOA compete ao Poder Executivo e deve ser encaminhada ao respectivo Poder Legislativo, e ser aprovada nos prazos definidos na legislação vigente.

Agenda de Saúde

A elaboração das Agendas de Saúde constitui a etapa inicial do processo de implantação da NOAS/SUS 01/02. Elas são compostas pelo conjunto de eixos, justificados e detalhados em objetivos para cada esfera de governo. As Agendas de Saúde ao serem consolidadas e adaptadas em cada esfera de governo, comporão um processo de responsabilização progressiva, tendo por base as referências políticas, epidemiológicas e institucionais de cada esfera, sempre com a aprovação do respectivo Conselho de Saúde. O processo de construção da Agenda tem um percurso sucessivamente federal, estadual e municipal.

A periodicidade de elaboração da Agenda é anual. Constituem elementos para a elaboração da Agenda as diversas referências políticas (planos de governo, pactos intergestores, deliberações dos Conselhos, etc), técnicas e epidemiológicas.

As Agendas de Saúde – nacional, estaduais e municipais – deverão destacar e justificar os eixos prioritários de intervenção, os objetivos, os indicadores e as metas prioritárias da Política de Saúde em cada esfera de governo e em cada exercício anual. São resultantes de negociação e consenso entre os gestores, Conselhos de Saúde e Comissões Intergestores. A Agenda de Saúde serve de base para os respectivos Planos de Saúde, os Quadros de Metas e Relatórios de Gestão.

Agenda Nacional de Saúde

A Agenda Nacional de Saúde para o ano de 2001 foi aprovada pela portaria MS/GM 393 de 29 de março de 2001 e estabeleceu como “Eixos Prioritários de Intervenção para 2001”:

- (a) redução da mortalidade infantil e materna;
- (b) controle de doenças e agravos prioritários;
- (c) reorientação do modelo assistencial e descentralização;
- (d) melhoria da gestão, do acesso, e da qualidade das ações e serviços de saúde;
- (e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde;
- (f) qualificação do controle social.

Agenda Estadual de Saúde

A formulação e o encaminhamento da Agenda Estadual de Saúde são de competência exclusiva do

gestor estadual, cabendo ao respectivo Conselho Estadual de Saúde analisar o documento em sessão especialmente convocada para esse fim, conforme prevê a portaria GM/MS nº 393, de 29 de março de 2001. Após a aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, a Agenda Estadual deverá ser publicada no Diário Oficial da respectiva UF e amplamente divulgada, para que possa subsidiar as agendas municipais correspondentes.

Agendas Municipais de Saúde

Após a publicação das Agendas Estaduais os municípios terão 30 dias para elaborarem suas agendas, em conjunto com os Conselhos Municipais de Saúde, devendo ser apreciadas pelas respectivas plenárias em sessão especialmente convocada para este fim.

Quadro de Metas

Os Quadros de Metas – nacional, estaduais e municipais – são partes integrantes dos Planos de Saúde e devem conter os indicadores e as metas prioritárias de cada esfera de governo em cada exercício anual.

Os Quadros de Metas (QM) constituirão a base para a elaboração dos Relatórios de Gestão em cada esfera de governo. Os Conselhos de Saúde e Comissão Intergestores (CIB e CIT) poderão, no que lhes couber, determinar ou pactuar alterações nos Quadros de Metas.

A partir das prioridades e metas definidas na Agenda da respectiva esfera de governo, tendo por base a Agenda Nacional, os gestores estaduais e municipais elaboram os seus Planos de Saúde e os correspondentes Quadro de Metas.

A formulação e o encaminhamento do Quadro de Metas Estadual são de competência do gestor estadual, cabendo sua análise ao Conselho Estadual de Saúde.

Convém lembrar que, conforme previsto na portaria GM/MS nº 1.020, de 31 de maio de 2002, o Quadro de Metas e a Agenda Estadual de Saúde deverão ser apresentados à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) como um dos produtos da Programação Pactuada e Integrada.

Planos de Saúde

Os Planos de Saúde são documentos de intenções políticas, de diagnóstico, de estratégias, de prioridades e de metas. Devem ser submetidos na íntegra aos conselhos de saúde correspondentes, em cada nível de gestão do SUS.

Dessa forma o Plano de Saúde consolida em cada esfera o processo de planejamento em saúde

para dado período, devendo para tanto incorporar o objeto de programações em saúde. A periodicidade deste instrumento é quadrienal, contudo deve ser revisto anualmente em função de novas metas de gestão eventualmente incorporadas, bem com em decorrência do processo de programação pactuada e integrada, que também é anual.

De acordo com a Lei 8.080/90, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios deverão no que concerne a saúde, pautar-se pelos seus planos de saúde para a elaboração das respectivas propostas orçamentárias anuais. Assim as ações previstas nos Planos de Saúde devem constituir a base sobre a qual será feita a proposta orçamentária para a área da saúde. Os elementos para a elaboração do Plano de Saúde são os mesmos citados em relação à Agenda de Saúde.

Plano Diretor de Regionalização - PDR

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) tem como objetivo definir as diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis. Esse plano deve ser coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios. Ele deve conter minimamente:

- (a) a divisão do território estadual em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade;
- (b) o diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção;
- (c) a constituição de módulos assistenciais resolutivos, formados por um ou mais municípios, que dêem conta do primeiro nível da média complexidade, visando garantir o suporte às ações de Atenção Básica;
- (d) os fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal;
- (e) a organização de redes assistenciais específicas.

Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

Programação Pactuada e Integrada da Assistência - PDI

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos Estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os

gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios.

Os principais objetivos do processo de PPI, segundo a portaria GM/MS nº 1.020/02 são:

- (a) buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- (b) orientar a alocação de recursos financeiros federais de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- (c) explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem o montante de recursos do SUS destinados às ações e serviços de saúde;
- (d) consubstanciar as diretrizes de regionalização da assistência à saúde, mediante a adequação dos critérios de distribuição dos recursos, dando concretude à conformação de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas;
- (e) explicitar o pacto estadual quanto à definição do comando único de forma coerente com as condições de habilitação;
- (f) definir os limites financeiros globais para assistência de todos os municípios, compostos por parcela destinada ao atendimento à população do próprio município, em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios, de acordo com o previsto na NOAS/SUS 01/02.

A Programação Pactuada e Integrada compõe o processo geral de planejamento em saúde de cada Estado e município, de forma ascendente, coerente com os respectivos Planos Estadual e Municipais de Saúde, Agenda de Saúde e Quadro de Metas, Plano Diretor de Regionalização, para o ano correspondente.

Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças

A portaria GM/MS nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que regulamenta a área de Epidemiologia e Controle de Doenças (ECD), prevê que as ações da mesma serão desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI/ECD).

A Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) apresenta as atividades, parâmetros e metas para que as CIB possam elaborar a PPI/ECD de cada Estado. As atividades e metas propostas para a PPI/ECD visam fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, aumentando a capacidade de detectar precocemente fatores de risco à saúde da população, surtos e epidemias, assim como desencadear as medidas adequadas para prevenir e controlar doenças e outros agravos, reduzindo danos e aumentando o nível de saúde da população.

A PPI/ECD servirá para que compromissos assumidos entre a União, Estados e municípios possam ser objeto de efetiva programação, acompanhamento e responsabilização conjunta.

Relatórios de Gestão

Os Relatórios de Gestão – nacional, estaduais e municipais – deverão avaliar o cumprimento dos objetivos e das metas explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos em cada esfera de governo em cada exercício anual, sendo elaborados pelos gestores e submetidos aos respectivos Conselhos de Saúde.

O Relatório de Gestão destina-se a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos. Este instrumento deve possibilitar o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada. O Relatório de Gestão proporciona ainda subsídios para a avaliação e para a confecção das Agendas de Saúde.

O Relatório de Gestão é elaborado anualmente a partir da matriz de informações constituída pelo Quadro de Metas. Sua elaboração compete ao gestor do SUS do respectivo nível, e deve ser obrigatoriamente referendado pelos Conselhos de Saúde.

Os elementos que constituem o Relatório de Gestão são: o diagnóstico situacional, ao qual se agregam as prioridades estabelecidas; e uma análise estratégica, que permita a comparação crítica entre o previsto e o realizado, mediante a focalização do quadro-síntese das metas e da programação em saúde explicitadas no Quadro de Metas, bem como da aplicação dos recursos financeiros.

A Lei 8.142/90 prevê em seu artigo 4º, que para receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde, os municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com Plano de Saúde e Relatório de Gestão.

6. CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

6.1 ATRIBUIÇÕES DOS NÍVEIS DE GESTÃO

Uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização de ações e serviços de saúde, conforme prevê a Lei nº 8.080/90. A gestão descentralizada do SUS tem desafiado os gestores das três esferas de governo para a configuração de uma rede de ações e serviços de saúde, capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contra-referência municipal e intermunicipal.

Com o processo de descentralização ocorreu uma profunda mudança nas atribuições do gestor estadual. Com as NOAS/SUS, se reconhece que o desafio da esfera estadual consiste no exercício de função integradora, orientada por visão ampla e abrangente do sistema no sentido de organizá-lo e provê-lo em suas lacunas com presteza e qualidade dos serviços requeridos pela população. Os mecanismos para que isso ocorra fundamentam-se em um sistema de Planejamento, Controle, Regulação e Avaliação integrado entre os três níveis de governo, que garanta o direcionamento e condução do SUS, conforme estabelece a Constituição Brasileira.

A função de Gestão do Sistema de Saúde compartilhada pelos três níveis de governo tem se caracterizado por modelos distintos nos Estados. Porém muito se avançou no processo de pactuação das responsabilidades e atribuições da União, Estados e Municípios. Neste sentido há consenso entre os três níveis de governo sobre as atribuições básicas correspondentes a cada um no Controle, Avaliação e Regulação da Assistência à Saúde, e estas foram editadas na portaria SAS/MS nº 423, de 24 de junho de 2002.

Segundo o anexo dessa portaria, as atividades de Controle e Avaliação da Assistência a serem desenvolvidas pelos três níveis de gestão do sistema são:

- (a) o conhecimento de todos os prestadores de serviços e sua capacidade instalada;
- (b) o acompanhamento da oferta com qualidade de acordo com a programação estabelecida;
- (c) a autorização de procedimentos e internações;
- (d) o controle da regularidade das ações e serviços faturados e dos pagamentos efetuados aos prestadores;
- (e) a aplicação de normas técnicas e portarias vigentes;

(f) o estabelecimento de contratos com os prestadores;

(g) a avaliação dos resultados da atenção e do impacto nas condições de saúde.

Nesta nova lógica há necessidade que sejam desenvolvidos novos métodos de controle e avaliação que forneçam subsídios para análise da adequação da organização do Sistema e do modelo de gestão, das facilidades de acesso e da qualidade assistencial em função do impacto das ações e serviços sobre a saúde da população, privilegiando a perspectiva de avaliação da satisfação do usuário.

A Regulação, por sua vez, foi definida pela NOAS/SUS 01/02 como “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma eqüânime, ordenada, oportuna e qualificada.”

Abrange dois níveis distintos, ainda que articulados: a regulação das referências intermunicipais e a regulação sobre os prestadores de serviços de saúde.

A regulação sobre os prestadores de serviços de saúde cabe ao responsável pela gestão desses serviços, respeitando o comando único. Compete aos Estados no caso dos municípios que não se encontram em gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM, visto que esses últimos têm sob sua responsabilidade a regulação de todos os serviços localizados em seu território.

A regulação das referências intermunicipais se vincula ao processo de programação pactuada e integrada – PPI, sendo coordenada pelo gestor estadual, de forma a reforçar o papel do Estado no cumprimento das metas pactuadas. Os Estados terão o papel de articular e integrar as centrais de regulação regionais e/ou micro regionais, monitorando o cumprimento dos Termos de Garantia de Acesso e os fluxos das referências intermunicipais, garantindo o acesso do usuário à assistência com qualidade e a integralidade.

Todos estes processos devem ser baseados no conhecimento das Agendas de Saúde e Planos de Saúde; do Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos; da Programação Pactuada e Integrada; dos Pactos da Atenção Básica; dos Termos de Garantia de Acesso e de Compromisso entre entes Públicos.

São atribuições dos gestores nos três níveis:

- a) Estruturar o serviço de Controle e Avaliação;
- b) Coordenar, controlar, regular e avaliar o Sistema de Saúde no seu âmbito;
- c) Controlar, regular, avaliar a prestação de serviços sob sua gestão.
- d) Identificar focos de desajuste sistemático entre oferta pactuada e demanda no seu âmbito.

6.2 INSTRUMENTOS DE CONTROLE, REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

Plano de Controle, Regulação e Avaliação

A elaboração do Plano de Controle, Regulação e Avaliação constitui pré-requisito para habilitação de Estados e Municípios em uma das formas de gestão da NOAS/SUS 01/02. O Plano deve detalhar as ações, estratégias e instrumentos que o gestor implementará para exercer as atividades. A SAS editou a portaria nº 729, de 18 de outubro de 2002, e estabeleceu os indicadores de avaliação e os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência. As funções de Controle, Regulação e Avaliação da assistência requerem a utilização de instrumentos de apoio tais como:

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Central de Regulação: destinada a disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão em tempo oportuno.
- Protocolos Clínicos: define o elenco de recursos terapêuticos mais adequados para cada situação clínica.
- Centrais de Leitos, Consultas Especializadas e Exames: destinadas ao atendimento da demanda de consultas, exames e internação de pacientes, garantido o acompanhamento da PPI e das referências.
- Comissões autorizadas de procedimentos de Alta Complexidade e de Internações: organiza os processos, mecanismos de controle e avaliação, e as referências deste elenco de procedimentos.
- Manuais dos Sistemas de Informação.
- Indicadores e Parâmetros Assistenciais de cobertura e produtividade.
- Instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação do Usuário.

Sistema Nacional de Auditoria

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) previsto no artigo 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080/90 e no artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de Julho de 1993. É regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de Setembro de 1995. O decreto estabelece que todos os níveis de governo devem organizar e implantar seus componentes do SNA subordinados à direção do SUS, que exercerá as seguintes

atividades sobre as ações e serviços desenvolvidos pelo SUS:

- I) controle da execução para verificar a regularidade dos padrões estabelecidos;
- II) avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados de acordo com os critérios de eficiência, eficácia e efetividade;
- III) auditoria da regularidade dos procedimentos praticados.

O Sistema Nacional de Auditoria integra o sistema de auditoria e controle da administração pública. Fazem parte desse sistema outros órgãos como a Secretaria Federal de Controle, o Tribunal de Contas da União (TCU), os Tribunais de Contas e órgãos de controle e avaliação e auditoria da União, Estados e Municípios.

O Sistema Nacional de Auditoria foi concebido de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, a estrutura proposta obedece à divisão de atribuições entre as esferas definidas na Lei 8.080/90, com a União assumindo as atividades de coordenação, normatização, supervisão e avaliação dos macroprocessos, e os Estados e municípios atuando em sua esfera específica. As atividades do SNA referentes ao componente Federal são desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Auditoria (DENASUS), órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

Em 19 de Dezembro de 2001, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS nº 2.309, que criou a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). A Central era uma solicitação dos gestores no sentido de organizar a porta de entrada do sistema de saúde para situações em que no território do Estado não há disponibilidade do serviço para atendimento da necessidade do usuário, ou quando embora exista a oferta de serviço esta é insuficiente para atender a demanda.

Nesse sentido, a CNRAC iniciou um processo de organizar e estabelecer mecanismos de regulação da referência interestadual. Foram estabelecidos pela portaria SAS/MS nº 589, de 27 de dezembro de 2001, grupos de procedimentos para inclusão de pacientes: Cardiologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Oncologia e Epilepsia. Posteriormente a portaria SAS/MS nº 505, de 12 de agosto de 2002, incluiu procedimentos relacionados a Hemodinâmica. Estes grupos de procedimentos podem ser solicitados a CNRAC, por meio de um sistema via internet, pelo Estado que não dispõe de serviço ou tenha uma oferta insuficiente.

A CNRAC recebe a solicitação e encaminha aos hospitais consultores estabelecidos para cada grupo. O hospital consultor avalia a solicitação e autoriza ou não o encaminhamento. No caso de

negativa o hospital consultor indica os procedimentos a serem adotados. Quando autorizado, a CNRAC encaminha a solicitação do procedimento ao Estado mais próximo que dispõe do serviço para atender o paciente. O Estado receptor agenda o procedimento e informa a CNRAC a data e o serviço que atenderá o paciente. Com esta informação a CNRAC disponibiliza o número da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para o Estado receptor.

Desta forma o Estado ou município que recebem pacientes de outros Estados passam a receber por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) pelo procedimento realizado. Além de organizar a porta de entrada do sistema de saúde, a CNRAC têm contribuído para estabelecer mecanismos de ampliação da oferta de serviços e identificação dos problemas de acesso do usuário ao sistema.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi instituído pelas portarias GM/MS nº 1.890, de 18 de dezembro de 1997, e SAS/MS nº 33, de 24 de março de 1998, e normatizado pela portaria SAS/MS nº 511, de 29 de Dezembro de 2000. Compreende as informações sobre os estabelecimentos de saúde de todo o território nacional que executam ações e serviços de saúde destinada ao SUS. O cadastro contempla aspectos da área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares. É base para o Cartão Nacional de Saúde dos profissionais que executam ações e serviços de saúde pelo SUS.

Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no processo de planejamento, programação, controle e avaliação da assistência, assim como o acompanhamento da realização dos procedimentos comparado com a capacidade instalada do prestador e a apresentação da fatura de serviços.

As informações cadastrais estão disponibilizadas à sociedade no site: cnes.datasus.gov.br. A atualização dos dados são de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais.

Contratualização

Segundo a NOAS/SUS 01/02, a compra de serviços de saúde deve ser realizada quando a oferta de serviços de saúde da rede pública for insuficiente ou inexistente. Esta compra deve ser pautada pelas necessidades assistenciais e não pela vontade do prestador, atendendo a legislação e normas vigentes, e ao interesse público. A formalização da contratação das ações e serviços realizados pelos prestadores do SUS estabelece uma relação de responsabilização do prestador com os objetivos, metas e programações definidas pelo gestor.

A Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, estabelece as regras para a contratação de serviços no

âmbito da administração pública, instituindo regras de dispensa e de inexigibilidade de licitação, para as circunstâncias especiais. Segundo o artigo 25 da referida Lei, a licitação é inexigível quando houver inviabilidade de competição. Em muitos casos, parece ser essa a situação da prestação de serviços de saúde, seja pelo fato de não haver apenas um prestador habilitado em um determinado território, seja pelo fato de a técnica e o preço do serviço a ser contratado terem sido definidas de antemão pelo prestador. Nesses casos sugere-se a utilização do mecanismo de chamamento público dos prestadores de saúde.

O edital de chamamento público é um procedimento no qual o gestor informa todos os prestadores de serviços de saúde cadastrados, que se disponham a integrar o SUS pelos preços estabelecidos, do seu interesse em contratá-los. Uma vez realizada a chamada, os gestores terão disponíveis uma série de prestadores potencialmente qualificados para a contratação. Segue-se a formação de processo de inexigibilidade de licitação para a prestação de serviços na área de assistência à saúde.

Vários tipos de contrato podem ser firmados entre o gestor público e os prestadores de saúde, dentre as quais podemos citar:

- a) Termo de compromisso entre entes públicos;
- b) Convênio;
- c) Contrato de gestão;
- d) Contratos.

O Termo de Compromisso entre entes públicos é um ajuste, previsto pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/02), firmado entre níveis de governo, no qual se pactuam o uso e as metas de uma determinada unidade prestadora de serviço, sob gerência de um nível de governo e gestão de outro.

O Convênio pode ser firmado entre os próprios gestores dos SUS, e entre estes e entidades filantrópicas e/ou sem fins lucrativos. É possível firmar convênios nos quais metas e objetivos são pactuadas ou convênios que estabeleçam o cumprimento de uma determinada produção (nesse caso é um ajuste muito semelhante a um contrato de compra de serviços).

O Contrato de Gestão é estabelecido entre gestores do SUS e entidades privadas sem fins lucrativos, qualificadas como Organizações Sociais, conforme as determinações expressas pela Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. No caso de contratos de gestão firmados com organizações sociais, não se está tratando da contratação de um hospital privado, mas da contratação de uma

organização social para gerenciar um hospital público. Nesse caso a licitação é dispensável, segundo o artigo 24, inciso XXIV, da Lei nº8666/93.

O Contrato de Compra de Serviços é a modalidade a ser estabelecida com os prestadores privados, segundo uma lógica de pagamento por produção.

As figuras a seguir sintetizam as recomendações ora expressas:

FIGURA 3A
FLUXO DA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

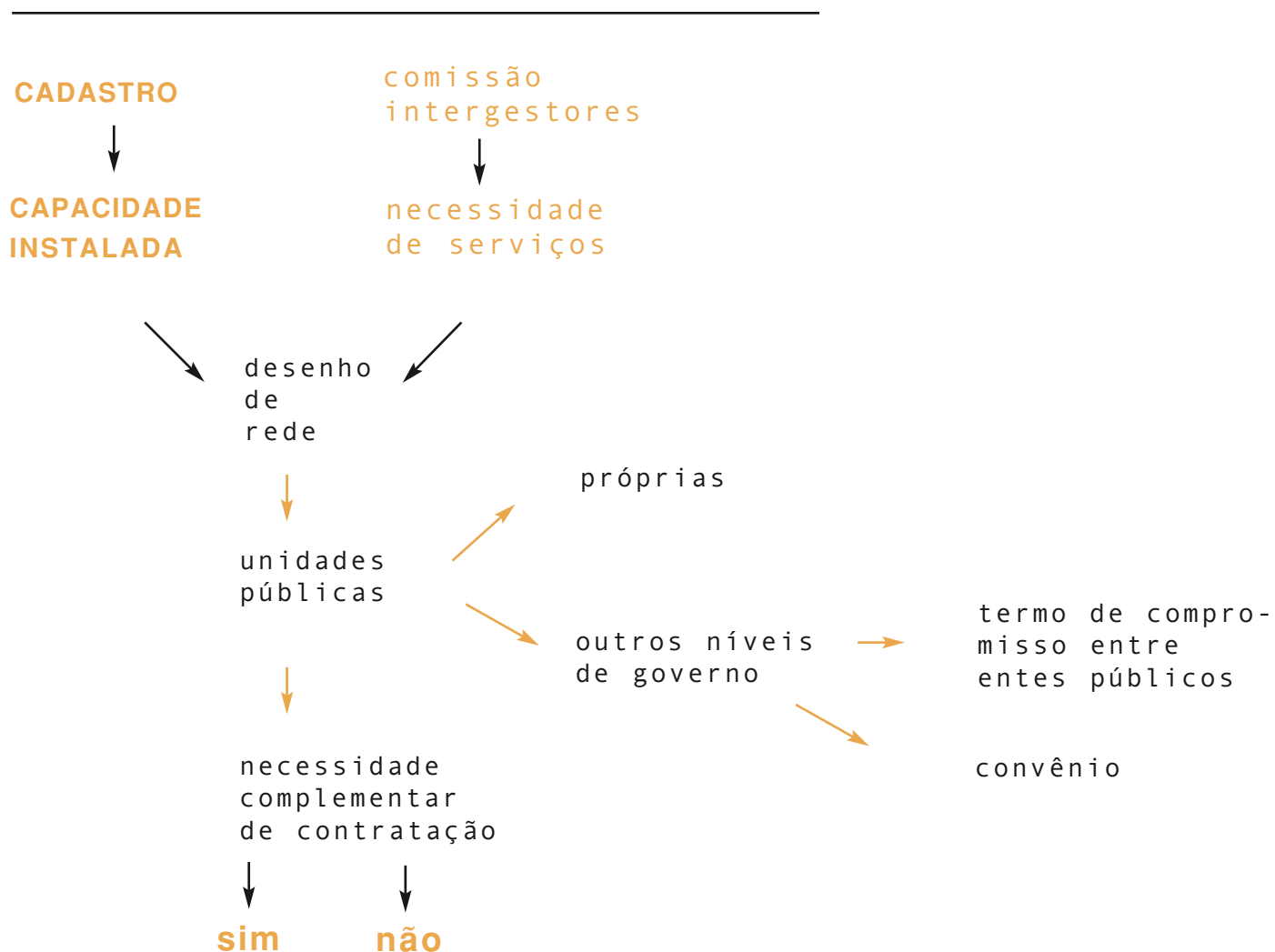
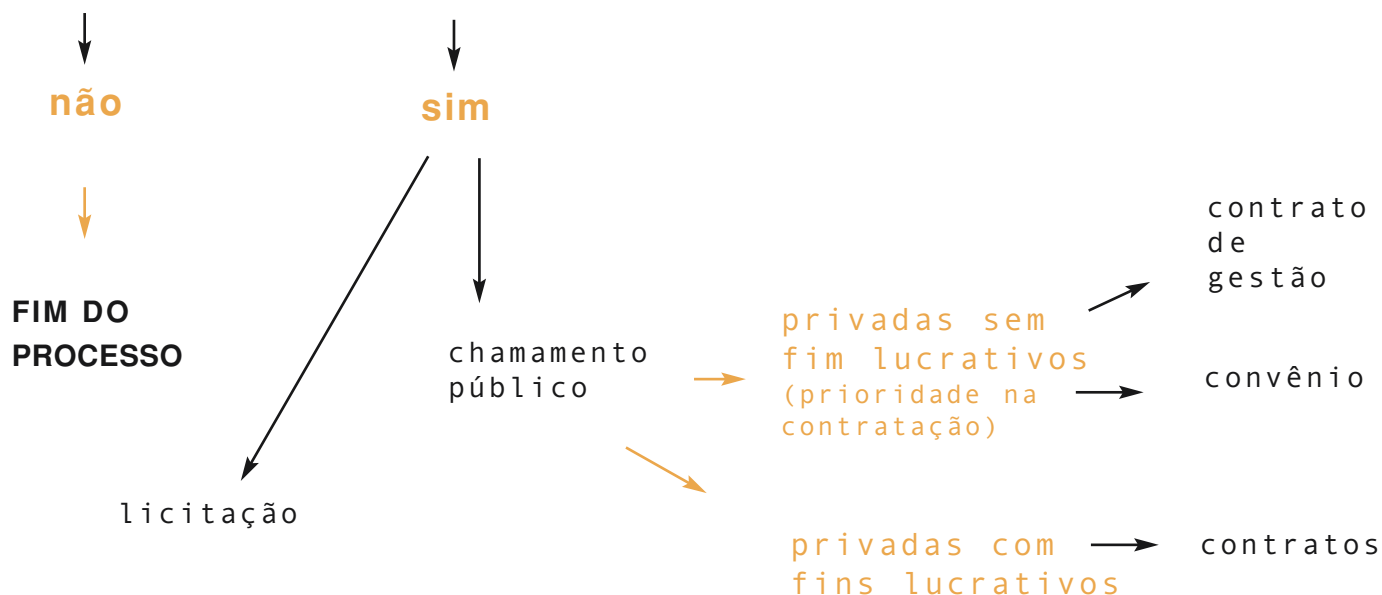


FIGURA 3B
FLUXO DA CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS

NECESSIDADE COMPLEMENTAR DE CONTRATAÇÃO



Fonte: DDGA/SAS/MS

Cartão Nacional de Saúde

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

Além dos cadastros, o Cartão Nacional de saúde é constituído por:

- (a) um cartão magnético do usuário;
- (b) um cartão magnético do profissional para a identificação dos profissionais de saúde perante o sistema;

(c) uma infra-estrutura de informação e telecomunicações, com funções de captar, armazenar e transmitir as informações sobre os atendimentos realizados.

Essa infra-estrutura é composta por equipamentos terminais, instalados nas unidades de saúde que compõem o SUS, por equipamentos servidores instalados nas secretarias estaduais e municipais de saúde e no Ministério da Saúde.

O sistema permite a coleta de uma série de informações vinculadas ao atendimento realizado, contribuindo para a organização de serviços de saúde e para ampliação e qualificação do acesso dos usuários aos mesmos. Entre os objetivos do projeto, destacam-se:

- (a) construção de uma base de dados de histórico clínico;
- (b) imediata identificação do usuário, com agilização no atendimento;
- (c) ampliação e melhoria de acesso da população a medicamentos;
- (d) possibilidade de revisão do processo de compra de medicamentos;
- (e) integração de sistemas de informação;
- (f) acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, acompanhamento do processo de referência e contra-referência dos pacientes;
- (g) revisão dos critérios de financiamento e racionalização dos custos;
- (h) acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde;
- (i) gestão e avaliação de recursos humanos.

Mecanismos de Acompanhamento e Avaliação do Sistema de Saúde pelos Usuários

A partir de 1999, o Ministério da Saúde implantou diversas ações de avaliação da assistência ouvindo o cidadão/usuário. A primeira iniciativa foi a Carta ao Usuário do SUS que tem por objetivo a avaliação dos hospitais, o controle dos recursos públicos e aferição da qualidade do atendimento prestado aos usuários, resultando na identificação e correção de irregularidades na rede de serviços do SUS.

Em 2001, foi criado o Serviço de Atendimento ao Usuário do SUS (SAC/SUS), por meio da portaria GM/MS nº 2.009, de 30 de outubro do mesmo ano, que tem por objetivo identificar a necessidade e/ou opinião de cidadão ou usuário do SUS e desenvolver as ações e procedimentos necessários ao seu atendimento. É composto de um sistema informatizado, com fluxo de informações via Internet, e compreende diversos canais para entrada de dados, como o sistema de cartas aos usuários do SUS, as demandas espontâneas dos cidadãos ou usuários apresentadas via correio, Internet, ou por meio do sistema de atendimento telefônico gratuito, pelo número 0800 644 9000.

Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH) foi criado em 1998 (portaria GM/MS nº 3.408, de 5 de agosto) com o objetivo maior de melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS. O PNASH consiste na avaliação anual de todos os hospitais da rede assistencial mediante aplicação de questionários padronizados. Os questionários são divididos em: avaliação técnica, avaliação por usuários de ambulatório, avaliação por usuários de internação e avaliação por usuários de emergência. Os questionários são aplicados por equipes designadas pelo gestor da rede a que cada unidade esteja subordinada. As equipes são compostas de técnicos da Vigilância Sanitária e da área de controle, avaliação e auditoria.

As informações colhidas são sistematizadas pelo Ministério da Saúde, e os dados são cruzados com os do Sistema de Cartas aos Usuários do SUS, quando são identificadas as distorções entre os dois sistemas de avaliação, bem como os hospitais com melhor desempenho. Os resultados finais, bem como as recomendações decorrentes, são remetidos de volta aos Estados e municípios.

Acreditação Hospitalar

A Acreditação Hospitalar é um processo de avaliação dos recursos hospitalares que visa a melhoria da qualidade da assistência hospitalar por meio de padrões previamente estabelecidos. É um programa de avaliação voluntário, periódico, e reservado.

O Ministério da Saúde criou a Organização Nacional de Acreditação (ONA) com a participação de diversos segmentos sociais ligados a saúde, instituições hospitalares, planos de saúde e com participação dos gestores do SUS. A ONA é uma instituição independente e privada, responsável pela implementação do processo de Acreditação Hospitalar.

Ouvidoria da Saúde

Existem várias iniciativas entre os gestores para estabelecer mecanismos de acompanhamento e avaliação externos, entre eles citamos a Ouvidoria. A Ouvidoria Geral da Saúde é o órgão onde o cidadão, comunidade e entidades podem recorrer caso sejam afetadas por políticas, normas, procedimentos ou atividades adotadas pelo SUS, assim como pelas decisões, erros, abusos, omissões ou imprudências praticadas pelos agentes do sistema de saúde.

Códigos Estaduais de Saúde

O atual estágio de estruturação do SUS exige que os gestores adotem medidas legais para a organização, a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde nas esferas estadual e municipal. É competência do gestor estadual estabelecer normas e legislações complementares à legislação Federal.

Neste sentido os Códigos Estaduais de Saúde tornam-se instrumentos legais que definem a política estadual de saúde, competências do Estado e Municípios, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, as sanções, infrações e penalidades, assim como os processos administrativos. Vários Estados elaboraram códigos de saúde atualizando sua legislação na área.

Acompanhamento dos limites financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade por UF

Todos os Estados e o Distrito Federal têm um valor financeiro anual definido para o custeio das ações e procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, este valor é disponibilizado mensalmente aos Estados e Municípios em Gestão Plena. Para os Estados e Municípios não habilitados em Gestão Plena do Sistema, o Ministério realiza o pagamento dos prestadores até o limite financeiro estabelecido. Portanto, independente da condição de Gestão do gestor estadual, este deve realizar o acompanhamento dos gastos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade.

Ao gestor cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades assistenciais identificadas, a definição clara das referências intermunicipais e a pactuação dos recursos financeiros por município. O acompanhamento dos limites financeiros para a assistência exige que o gestor adote estratégias de controle da oferta de serviços, de acompanhamento da realização de procedimentos e da regularidade dos processos de faturamento e pagamento dos prestadores. Nesse sentido a Programação Pactuada e Integrada (PPI) é o

instrumento essencial de reorganização dos modelos de atenção à saúde e de gestão do SUS, de alocação dos recursos entre municípios e de explicitação da distribuição de competências entre as três esferas de governo e permite o acompanhamento dos limites financeiros executados pelos municípios e conseqüentemente do Estado.

Alguns mecanismos de acompanhamento que devem ser adotados pelo gestor são o acompanhamento e análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores, coibindo cobranças indevidas e abusos ou erros por parte dos prestadores.

Existem vários instrumentos de controle e acompanhamento da realização de procedimentos no sistema de saúde que permitem ao gestor o acompanhamento dos gastos com a assistência de média e alta complexidade, citamos alguns:

- a) cadastro atualizado dos prestadores de serviços identificando a capacidade instalada;
- b) autorização prévia de procedimentos eletivos tanto a nível ambulatorial quanto hospitalar;
- c) definição de tetos financeiros por município e por prestador de serviço, estabelecendo os recursos financeiros alocados para o atendimento da população própria e para a população referenciada;
- d) definição e implantação de protocolos assistenciais;
- e) definição e implantação de protocolos de referência e contra-referência;
- f) acompanhamento, controle e avaliação periódica dos prestadores.

7 . INFORMAÇÃO E INFORMÁTICA EM SAÚDE

7.1 GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: CONTEXTO POLÍTICO E ESTRATÉGICO

Utilizar intensivamente a informação na gestão da saúde é, cada vez mais, o que confere o diferencial na qualificação do processo decisório. Esta constatação impõe a necessidade de implementação de estratégias políticas e técnicas que superem os limites ainda existentes na gestão da informação em saúde no Brasil.

A principal estratégia política consiste na afirmação de que as informações em saúde são do SUS e portanto a Política Nacional de Informação em Saúde deve ser definida em fórum tripartite. Neste sentido, cabe ressaltar a instituição do Comitê de Informação e Informática em Saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, por meio da portaria SE/MS nº 408, de 17 de outubro de 2002.

Este Comitê, composto por representantes do Ministério da Saúde e suas instituições vinculadas, do CONASS e do CONASEMS, possui as seguintes funções:

- a) Apreciar, avaliar e sugerir propostas de ações relacionadas à informação e informática em saúde, visando a formulação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) que contemple a gestão, capacitação, desenvolvimento tecnológico e qualidade da informação em todos os níveis do SUS.
- b) Encaminhar à CIT proposições de ações estratégicas e diretrizes políticas voltadas para a condução da PNIIS do SUS.
- c) Apreciar, avaliar e sugerir alterações nos atuais sistemas de informações em saúde e/ou em futuros sistemas a serem propostos de base nacional.

Do conjunto dos principais problemas do campo da informação e informática em saúde do SUS, é consenso a premência pela definição de estratégias que superem o histórico quadro de fragmentação e paralelismo das ações existentes envolvendo os inúmeros Sistemas de informações em Saúde (SIS), em funcionamento no SUS. A integração e maior articulação entre os SIS são condições sine qua non para um salto de qualidade na gestão do SUS.

Conseguir por em prática os princípios da regionalização e hierarquização dos serviços e da

integralidade das ações de saúde pressupõe a utilização de instrumentos de gestão que incorporem a perspectiva da integração, da articulação e da intersectorialidade. É neste sentido que passa a ser pré-condição os SIS adotarem, em sua política de gestão e concepção, essa racionalidade integradora, sem a qual os gestores de saúde não irão dispor de mecanismos para implementarem processos integrados de trabalho.

O Comitê de Informação e Informática em Saúde da Comissão Intergestores Tripartite deve ser o espaço privilegiado para a estruturação de propostas de padronização da informação no âmbito do SUS, a serem submetidas à CIT.

Outra estratégia fundamental para a melhoria das informações em saúde é consolidar o entendimento do sentido público destas informações e o compromisso radical com a sua democratização e transparência. A sociedade brasileira tem o direito de acessar as informações em saúde e participar das definições sobre o seu direcionamento. Este sentido público precisa conviver com a necessidade dos dados individuais recolhidos serem estritamente confidenciais e estarem submetidos aos princípios da política de privacidade, controle de acesso e segurança.

7.2 PRINCIPAIS FONTES DE INFORMAÇÃO DE INTERESSE PARA A SAÚDE

Ao se adotar uma Política de Saúde com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, ou seja, para além dos cuidados com a doença, as informações de interesse para este gestor possuem, por um lado um escopo bem maior que os dados de morbi-mortalidade. Por outro lado, a produção e disseminação de informações em saúde vem se processando em um contexto fragmentado e fragmentador, com vários setores/órgãos/instituições gerindo a informação de modo desarticulado. O desafio é, pois, avançar no sentido da intersectorialidade superando a fragmentação das informações.

Além da criação do Comitê de Informação e Informática em Saúde no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite, já citado, algumas iniciativas visando contribuir para minimizar esta desarticulação merecem destaque. Como por exemplo, a criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), formalizada pela portaria nº 2.390/GM, de 11 de dezembro de 1996 e por acordo de cooperação com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). A portaria GM/MS nº 1.919, de 22 de outubro de 2002, define que a coordenação geral da RIPSA é da responsabilidade da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

A RIPSA tem os seguintes objetivos:

a) estabelecer conjuntos de dados básicos e indicadores;

- b) articular instituições que contribuem para o fornecimento e crítica de dados e indicadores;
- c) implementar mecanismos de apoio ao aperfeiçoamento da produção de dados;
- d) promover consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados;
- e) promover intercâmbio com outros subsistemas da administração pública;
- f) contribuir para o estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro.

Está composta atualmente por cerca de 40 entidades representativas dos segmentos técnicos e científicos nacionais envolvidos na produção e análise de dados. As SES e as SMS estão representadas pela participação do CONASS e do CONASEMS. A OPAS integra a Secretaria Técnica da RIPSA.

Cabe destacar, também, os avanços significativos que vêm sendo observados nos mecanismos de disponibilização eletrônica dos dados. No plano intersetorial, o IBGE vem aperfeiçoando suas pesquisas e estudos e as formas de acessá-los. O mesmo ocorre com o Ministério da Saúde, com destaque para o Departamento de Informática do SUS, ligado à Secretaria Executiva do Ministério.

Outros setores, nas três esferas de governo, também vêm oferecendo subsídios importantes para a análise da situação sanitária, para a tomada de decisões baseadas em evidências e para o planejamento e programação das ações de saúde.

Apresenta-se, a seguir, um sintético panorama das principais fontes de informação de interesse para a saúde, lembrando que esta breve análise não esgota a diversidade existente em nosso País, bem como retrata um determinado momento, pois a gestão da informação em saúde no Brasil se caracteriza também por constantes mudanças em sua estruturação.

Entre os inúmeros sistemas de informação em saúde (SIS) existentes no âmbito do Ministério da Saúde, serão destacados aqueles que têm caráter universal e abrangência nacional, o que implica a obrigatoriedade de sua atualização por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Cabe esclarecer que está em curso um amadurecimento em torno de um entendimento mais claro sobre o conceito da gestão destes sistemas, qual seja: os sistemas de informação do SUS são nacionais e não federais. A responsabilidade pela base nacional está a cargo da esfera federal, no caso o Ministério da Saúde, a responsabilidade pela manutenção da base estadual é da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e da base municipal é da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ou seja, há uma responsabilidade tripartite.

Sistema de Informações de Mortalidade

O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) trata, anualmente, algo em torno de 938.658

óbitos¹ no País. Foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1975, com a padronização da Declaração de Óbitos (DO) para todo o território nacional, substituindo o atestado de óbito, que passou a fazer parte da DO, disponibilizando dados consolidados desde 1979.

As SES precisam zelar pelo padrão de qualidade do SIM no âmbito do Estado, englobando o fluxo, preenchimento, cobertura e agilidade em todo o processo. A obrigatoriedade na manutenção da integridade do SIM está oficializada pela portaria FUNASA/MS nº 474, de 31 de agosto de 2000, que prevê, em seu art. 17º penalidades para a falta de alimentação de dados do SIM, por mais de 60 dias, que: “ensejará a suspensão das transferências dos recursos do piso de Atenção Básica e o cancelamento da certificação para gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e conseqüente suspensão do repasse de recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças”.

Atualmente, boa parte dos municípios brasileiros gerenciam localmente os dados do SIM.

Conforme a Unidade Federada, há variações nos procedimentos operacionais, principalmente em decorrência do estágio de descentralização do SIM para os municípios. As responsabilidades das SES se concentram em:

- Garantir um intensivo processo de capacitação das equipes de codificadores da causa básica do óbito das SMS. A seleção da causa básica é um procedimento cuidadoso, que segue regras internacionalmente recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), considerando-se a Classificação Internacional de Doenças (CID), que está em sua 10ª Revisão. Os gestores estaduais possuem um grande aliado neste processo que é o Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD) para a Língua Portuguesa, ligado à OMS e sediado na Faculdade de Saúde Pública da USP, que atua como referência nacional e mantém-se disponível para processos de treinamento e qualificação das informações sobre mortalidade.
- A função de “fechamento” da base estadual de informações representa outra atribuição fundamental das SES. Onde os municípios gerenciam o SIM, as declarações de óbito são registradas pelo município de ocorrência do evento. Em áreas de grande mobilidade social, como as regiões metropolitanas, é comum a ocorrência de óbito fora do município de residência. Neste caso, a SES gerencia um esquema de redistribuição de uma via da Declaração de Óbito para o município de residência do indivíduo cujo óbito foi registrado, garantindo a real distribuição espacial da situação de mortalidade no Estado e seu conhecimento pelas SMS.

Garantir uma alta cobertura do SIM em seu Estado. Em média, estima-se em 20% o sub-registro de óbitos no Brasil, chegando a 40% nas regiões Norte e Nordeste. O sub-registro é reconhecidamente mais elevado nos grupos etários de menores de um ano e de maiores de 65 anos. Aproximadamente 15% das declarações de óbito computadas no SIM não têm a causa básica definida, por insuficiência das informações registradas (RIPSA, 2002). A RIPSA vem mantendo o

1. Dados do Sistema de Informações de Mortalidade de 1999

monitoramento da cobertura e regularidade do SIM como base para a decisão de sua utilização para a construção dos Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB), publicação que divulga, nacional e internacionalmente, a situação sanitária brasileira. Este monitoramento revela desigualdades entre as Unidades Federadas quanto à cobertura e regularidade, apontando a necessidade de empenho na qualificação dos Sistemas de Informação.

A SES, ao consolidar a base estadual, deve procurar disseminá-la por todos os meios possíveis. Algumas SES se adiantam ao Ministério da Saúde, que precisa aguardar o envio dos dados de todas as SES para proceder o “fechamento” da base nacional, e divulgam seus pela Internet.

O Ministério da Saúde, pelo Datasus, disponibiliza os dados de todo o Brasil, por meio de CD-ROM e da Internet (HYPERLINK <http://www.datasus.gov.br>

Sistema de Informações de Nascidos Vivos

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) foi implantado gradualmente pelo Ministério da Saúde a partir de 1990, de forma semelhante ao SIM. Possui um documento básico – a Declaração de Nascido Vivo (DN) – padronizado nacionalmente, e preenchido nos hospitais e em outras instituições de saúde nos quais ocorrem partos, e nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares. A DN, cuja emissão também é de competência exclusiva do Ministério da Saúde, deve ser preenchida para todos os nascidos vivos no País.

O SINASC propicia um aporte significativo de dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer, com suas características mais importantes, como sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer entre outras. Estes dados são de grande importância para análise epidemiológica, estatística, demográfica e para a definição de prioridades da Política Estadual de Saúde. Da mesma forma que no SIM, as informações são consolidadas pelas SES, que as enviam em meio eletrônico ao Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) da FUNASA para o “fechamento” da base nacional.

Alguns dos indicadores mais citados por estudiosos, por organismos internacionais, ONG e pela imprensa sobre a situação sanitária nos Estados, são a mortalidade infantil e a mortalidade materna. Ambos são construídos com dados originados desse sistema. Portanto, cuidar da qualidade de suas informações passa a ser estratégico para o gestor de saúde.

Além da dimensão citada acima, a não regularidade no envio das informações do SINASC também está sujeita a penalidades, conforme regulamenta a portaria FUNASA/MS nº 475, de 31 de agosto de 2000, que prevê, em seu art. Art. 16º: “A falta de alimentação de dados no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, por mais de 60 dias, ensejará a suspensão das transferências

dos recursos do piso de Atenção Básica e o cancelamento da certificação para gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e conseqüente suspensão do repasse dos recursos do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças ”.

A base nacional das informações do SINASC está disponível em CD-ROM e na Internet no site do Datasus, onde também é possível a realização de tabulações, e no site da FUNASA (www.funasa.gov.br)

Sistema de Informações de Agravos de Notificação

O SINAN tem como objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo sistema de Vigilância Epidemiológica para apoiar processos de investigação e de análise sobre as principais doenças e agravos sujeitos à notificação compulsória. Devido à autonomia de cada nível gestor para acrescentar doenças relevantes na sua área de abrangência de acordo com as suas particularidades, ocorre uma variação importante na cobertura e na qualidade das informações.

Criado como Sistema de Notificação Compulsória de Doenças, em 1975, pela lei que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, o SINAN registra atualmente, e de maneira mais estruturada desde 1995, dados sobre doenças de notificação compulsória, coletados pelos gestores municipais e estaduais e posteriormente enviados ao gestor federal.

Destina-se, em primeira instância, ao serviço local de saúde incumbido de controlar a ocorrência. Quando reunidas de forma sistematizada, as notificações passam a compor sistemas de informações próprios, que possibilitam o acompanhamento, mais amplo, das características do fenômeno estudado, quanto a sua distribuição e tendências.

Concebido como sistema modular e informatizado desde o nível local, pode ser operado a partir das unidades de saúde. As secretarias estaduais e municipais de saúde são responsáveis pela impressão, numeração e distribuição dos formulários. Em 1998, o CENEPI/FUNASA redefiniu seus instrumentos, fluxos e software, bem como as estratégias para imediata implantação em todo o território nacional (portaria FUNASA/MS nº 073, de 9 de março de 1998).

Este sistema de informações ainda apresenta problemas sérios em sua gestão, neste sentido é fundamental uma especial atenção dos gestores de saúde visando sua melhoria. A Resolução do Ministério da Saúde nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, definiu, em seu artigo 6º, as mesmas penalidades posteriormente previstas para o SIM e o SINASC, para os gestores que atrasarem o envio das informações.

A base nacional de dados não está disponibilizada na Internet. O CENEPI/FUNASA analisa os dados em conjunto com os obtidos por outras vias, chamadas complementares e especiais, como outros sistemas de informações de base nacional (por exemplo: SIM, SINASC, SIH) e sistemas “sentinelas”, para então divulgar as informações relevantes no Boletim Epidemiológico.

Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações

Este sistema foi concebido de forma modular, onde os documentos básicos do sistema corresponde a um módulo cada e estão implantados em todos os municípios brasileiros. É o principal instrumento do Programa Nacional de Imunização (PNI).

O gestor estadual envia sua base de dados ao gestor federal. A base nacional é consolidada pela FUNASA, com retroalimentação para Estados e municípios. Na Internet estão disponíveis dados sobre o número de doses aplicadas, desagregados por tipo de vacina, dose recebida, faixa etária e município, além de dados de cobertura da população de menores de um ano de idade e de outras faixas etárias (www.funasa.gov.br/imu/imu00.htm ou www.datasus.gov.br/catalogo/pni.htm).

Sistema de Informações Ambulatoriais

O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) oferece aos gestores instrumento para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção e geração de informações necessárias à transferência de recursos financeiros intergovernamentais.

As informações disponíveis são geradas a partir dos dados enviados pelas secretarias municipais em gestão plena e Secretarias Estaduais de Saúde, agregados por unidade ambulatorial. As bases de dados municipal e estadual são recebidas pelo DATASUS (conforme determina a portaria SAS/MS nº 51 de 21 de junho de 1995), que gera o banco de dados nacional. Nesta base de dados, estão disponíveis informações de serviços prestados desde julho de 1994.

As informações estão disponíveis em CD-ROM e na Internet (www.saude.gov.br/sas ou www.datasus.gov.br/catalogo/siasus.htm) e representam mais de 130 milhões de procedimentos realizados mensalmente no âmbito do SUS em todo o País.

Além de gerar o banco de dados, no caso de municípios e Estados não habilitados em gestão plena, o DATASUS gera as informações para os respectivos créditos bancários a serem efetuados pelo Fundo Nacional de Saúde. No caso de municípios e Estados habilitados em gestão plena a SMS ou SES gera as informações para os respectivos créditos bancários a serem efetuados pelo Fundo Municipal ou Estadual de Saúde. A principal limitação do SIA/SUS refere-se à não-identificação do paciente ou do atendimento, pois os dados estão agregados por unidade de saúde. Para a superação desse fator limitante, foi desenvolvido um sistema articulado ao SIA/SUS denominado Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade (APAC) (saiba mais no capítulo 15).

Sistema de Informações Hospitalares

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) contém informações que possibilitam efetuar o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, mediante a captação de dados via Autorização de Internação Hospitalar (AIH) relativas ao volume de internações/mês, ocorridas no Brasil. Este sistema surgiu em 1982, elaborado pelo então Ministério da Previdência e Assistência Social, com a denominação de Sistema de Atenção Médica Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS). Trata-se de um dos mais antigos sistemas de informações em saúde em funcionamento no País, ao lado do SIM.

Em 1986, foi estendido aos hospitais filantrópicos; em 1987, aos universitários e de ensino; e, em 1991, aos hospitais públicos municipais, estaduais e federais, abrangendo cerca de 70% das internações hospitalares realizadas no Brasil. Sendo o sistema que processa as AIH dispõe, entre outras, de informações sobre recursos financeiros destinados a cada hospital que integra o SUS, o diagnóstico principal das internações, os procedimentos realizados, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do paciente. Como pode ser observado, apesar de ter sido concebido para operar o sistema de pagamento de internações aos hospitais contratados, o SIH/SUS possui uma abrangência de variáveis que o situa como um dos mais importantes sistemas de gerência à disposição do gestor de saúde.

O estabelecimento hospitalar envia as informações da AIH para os gestores municipais (se em gestão plena) ou estaduais (para os demais). Essas informações são processadas pelo DATASUS, gerando os créditos referentes aos serviços prestados e formando uma valiosa base de dados. O sistema disponibiliza dados de forma sistemática, com defasagem de apenas dois meses a partir da data de internação, por meio de CD-ROM mensal e da Internet (www.saude.gov.br/sas ou www.dataus.gov.br/catalogo/sihsus.htm).

Vale salientar que o SIA/SUS e o SIH/SUS gerenciaram, até outubro de 2002, o movimento de R\$ 8.354.620.312,93. Este valor demonstra a importância da busca constante pela melhoria da qualidade, o que inclui a confiabilidade, destes sistemas.

Sistema de Informações da Atenção Básica

O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) foi desenvolvido para ser um instrumento de apoio ao Programa de Agentes Comunitários (PACS) e ao Programa Saúde da Família (PSF). Por este sistema são cadastradas as famílias vinculadas aos programas e incluem dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade.

Está em curso processo de compatibilização deste sistema com o Sistema do Cartão Nacional de Saúde, bem como maior integração com o SIA/SUS (saiba mais no capítulo 11).

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

A portaria Conjunta nº 1.163/00, do Ministério da Saúde e Ministério Público da União estabelece a criação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) com o objetivo de subsidiar o planejamento, a gestão, a avaliação e o controle social do financiamento e do gasto público em saúde nas três esferas de governo. O SIOPS possui informações sobre receitas e despesas com saúde, sob responsabilidade do poder público.

Disponibiliza dados com data a partir de 1998, e vem melhorando significativamente a cobertura do sistema. Seus dados estão disponíveis na Internet (www.saude.gov.br/sis/siops/index.htm ou www.datasus.gov.br/catalogo/siops/siops.htm).

Sistema do Cartão Nacional de Saúde

A proposta de implantação no Brasil de uma identificação única para os usuários do SUS é uma demanda do setor saúde expressa nos Relatórios das últimas Conferências Nacionais de Saúde (9ª, 10ª e 11ª). A NOB/SUS 01/96 instituiu sua organização.

O Cartão Nacional de Saúde, também denominado Cartão SUS, representa a materialização desta necessidade. Seu projeto é complexo por:

- a) impactar no processo de trabalho cotidiano das unidades assistenciais, das SMS e das SES;
- b) envolver tecnologia de informação de modo intensivo;
- c) pressupor forte adesão das equipes de saúde e dos gestores (dimensão técnica e política);
- d) depender, para sua completa efetivação, de uso intensivo de telecomunicação, setor ainda com sérias restrições na maioria das localidades no Brasil; e
- e) requerer recursos financeiros importantes para sua expansão em larga escala nos Estados.

O Cartão Nacional de Saúde permite a vinculação entre o atendimento realizado, o cidadão atendido, o profissional e a unidade de saúde que realizou o procedimento.

O Cartão SUS representa importante instrumento de apoio aos gestores estaduais no que se refere, por exemplo, à regulação e à organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de

saúde, e ao planejamento, pactuação e acompanhamento da PPI, por incorporar, também, os dados de procedência do paciente, tornando-se importante subsídio para as Câmaras de Compensação. A expansão do Cartão SUS para os demais Estados e municípios está ocorrendo apenas no que se refere ao seu componente de cadastramento dos usuários do SUS, dos profissionais e dos estabelecimentos de saúde, resultado do esforço do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, sob responsabilidade da SAS/MS.

No ato de adesão dos Estados e municípios ao processo de cadastramento, os gestores assinam Termo de Compromisso e Responsabilidade onde se comprometem “a não divulgar, sob nenhuma forma, meio (...) ou suporte (...) os cadastros e/ou arquivos referentes às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e aos usuários do SUS, (...) , bem como se responsabilizar pelo arquivamento, guarda e segurança desses cadastros e arquivos e das senhas que permitem seu acesso, de maneira a impedir sua divulgação sob pena do responsável incorrer nas penas da Lei 8.112/90 – Estatuto do Servidor Público (Art. 116, 117, 121 a 126 e 132) e do Art. 154 do Código Penal pelo não cumprimento de quaisquer dessas obrigações.”

O Cartão Nacional de Saúde inicialmente está sendo concebido sob a forma de projeto piloto, com o objetivo de aprofundar as definições conceituais subjacentes ao Sistema, desenvolver seus componentes e construir e validar metodologia de implantação, de forma a permitir uma extensão posterior para todo o País. O Cartão é um dos projetos do Componente II do REFORSUS e tem financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do Tesouro Nacional. Para o projeto piloto foram selecionados 44 municípios, em 11 Estados da Federação, com cobertura de cerca de 13 milhões de habitantes.

O projeto piloto foi iniciado em agosto de 1999, quando foi publicado o edital de licitação internacional para aquisição da “Solução de Informática do Cartão Nacional de Saúde”. Os contratos com as empresas vencedoras foram assinados em junho de 2000. O projeto prevê dois anos de garantia estendida após a finalização do seu desenvolvimento e implantação. Assim, e considerando que no primeiro semestre de 2003 será finalizada a implantação nos 44 municípios, o projeto piloto do Cartão Nacional de Saúde será finalizado no início de 2005.

A licitação realizada para o projeto privilegiou a contratação de uma solução de informática global, incluindo o desenvolvimento e instalação de terminais específicos para a captura das informações de atendimento (10 mil terminais, em instalação em pouco mais de 2 mil unidades de saúde), a aquisição da infra-estrutura de informática e de telecomunicações (inclui os servidores e equipamentos de rede para os sites federais – localizados em Brasília e no Rio de Janeiro, os sites para as 27 unidades da Federação e para os 44 municípios), o desenvolvimento de aplicativos (de gestão de informação e de captura de dados), a emissão dos cartões de identificação (cartões magnéticos para profissionais e usuários, foram contratados 14 milhões de cartões), a capacitação

de recursos humanos (contratados cursos para cerca de 35 mil profissionais, desde operadores de terminais até gerentes de redes, de bases de dados, de sistema, dentre outros), a manutenção e garantia estendida por dois anos para o sistema.

Diferentemente dos sistemas de informação tradicionalmente existentes no âmbito do SUS, o Sistema Cartão Nacional de Saúde não captura dados visando ao faturamento de serviços ou exclusivamente à Vigilância Epidemiológica, mas trabalha com o conceito de captura de informações de atendimento. Do ponto de vista tecnológico, a solução de informática do Cartão Nacional de Saúde trabalha com algumas premissas, dentre elas o uso de arquitetura aberta de software, o uso de padrões, a garantia de independência de qualquer software ou hardware proprietário, incluindo o Sistema Gerenciador de Banco de Dados (SGBD) e a integração com os sistemas de informação de base nacional e/ou local. O sistema está baseado em cinco componentes principais:

- (a) os cartões de identificação dos usuários e dos profissionais;
- (b) a rede de comunicação;
- (c) os terminais de atendimento e os equipamentos para armazenamento e gerenciamento da base de dados;
- (d) os aplicativos do nível de atendimento e dos servidores e;
- (e) os aspectos de segurança e a política de controle acesso.

As atividades realizadas pelo MS, em conjunto com os Estados e municípios participantes do piloto, na formatação e implantação do projeto são: definição de especificação técnica e monitoramento do desenvolvimento da solução (aplicativos, rede, equipamentos), definição de conteúdos, acompanhamento e avaliação dos treinamentos; definição de metodologia e de instrumento para cadastramento; formatação de metodologia de implantação e apoio aos municípios na sua operacionalização e na identificação dos usos para as informações derivadas do sistema; gestão de contratos com fornecedores e relacionamento com instituições parceiras; identificação e formatação de mecanismos complementares à implantação do projeto (capacitação complementar, distribuição de cartões, contratação de auditoria externa); definição de modelos para integração de sistemas de informação, entre outras.

O desenvolvimento do projeto é acompanhado por uma auditoria externa, com funções de homologação dos aplicativos desenvolvidos para o projeto; avaliação da conformidade dos produtos e serviços contratados (equipamentos, cartões, instalação de redes LAN, treinamentos e documentação do sistema) frente às especificações técnicas do edital de contratação; certificação do funcionamento global da solução de informática, incluindo aspectos de interoperabilidade das duas soluções, assegurando ao setor público independência em relação a soluções proprietárias e evitando a criação de reservas de mercado para expansão do projeto; avaliação dos cursos realizados com vistas à capacitação dos operadores do sistema e; avaliação da distribuição dos cartões magnéticos a usuários e profissionais de saúde.

Alguns outros sistemas de informações

Conforme destacado anteriormente, ainda existe um conjunto muito grande de sistemas de informações no âmbito do Ministério da Saúde. Serão citados, a seguir, apenas aqueles que acarretam significativo esforço institucional, com alguma penalidade para as SES e SMS, caso não sejam cumpridas normas operacionais e fluxo, requerendo, portanto, especial atenção do gestor estadual:

SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

SISCOLO – Sistema de Informação de Controle do Câncer do Colo de Útero, sob a gestão do Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCa).

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer da Mulher, sob a gestão do Ministério da Saúde, por meio do INCa.

SISHIPERDIA – Sistema de Informação de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. A portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002, tornou obrigatório seu funcionamento para o recebimento dos medicamentos previstos no Programa de Assistência Farmacêutica à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

SNT – Sistema Nacional de Transplantes.

SINAVISA - Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (em desenvolvimento pela ANVISA).

Alguns aplicativos e softwares públicos disponíveis para os gestores de saúde.

O DATASUS desenvolve alguns sistemas informatizados utilizados em processos de gerenciamento e gestão em saúde. São aplicativos públicos, o que diminui significativamente o custo da informatização e estão à disposição dos gestores em saúde. Detalhes podem ser obtidos no site Internet do DATASUS (www.datasus.gov.br) . Destacam-se entre eles:

SIGAB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Assistencial Básica

HOSPUB – Sistema de Gerenciamento de Unidade Hospitalar

SISREG – Sistema de Informação de Regulação. Sistema informatizado desenvolvido para apoiar as atividades das Centrais de Regulação. Esse sistema é destinado a facilitar a operação, gerenciamento e obtenção de informações nos complexos reguladores. Foi concebido de forma modular, permitindo o desenvolvimento e introdução de soluções de parâmetros locais. O primeiro módulo desenvolvido é destinado ao gerenciamento da assistência ambulatorial (consultas e exames especializados). Os demais módulos, envolvem a assistência hospitalar (controle de leitos).

HEMOVIDA – Sistema de Gerenciamento de Unidades Hemoterápicas.

7.3 O SISTEMA ESTATÍSTICO BRASILEIRO

Ter uma visão do Sistema Estatístico Nacional é fundamental para melhor conhecimento tanto das relações dos SIS com outros sistemas estatísticos, quanto das possibilidades do uso dos dados

gerados por esses sistemas no entendimento da situação de determinado espaço geográfico, condição para a tomada de decisão sob bases mais sólidas.

Legalmente, a coordenação do Sistema Estatístico Brasileiro é do IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Ao se visitar o site Internet do IBGE (www.ibge.gov.br) passa-se a conhecer melhor a dimensão das pesquisas realizadas, confirmando uma das causas da dificuldade do IBGE implementar seu papel coordenador.

Por sua aplicação direta na gestão da saúde, sugere-se, em uma visita ao site do IBGE, uma consulta mais detalhada sobre as seguintes pesquisas:

- a) Censo Demográfico;
- b) Contagem da População;
- c) Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD);
- d) Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF);
- e) Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária; e
- f) Registro Civil. Este último é estruturado, principalmente, a partir de registros administrativos dos Cartórios de Registro Civil como nascimentos, óbitos, casamentos.

É importante salientar a importância dos dados do Censo Demográfico (e projeções e estimativas dele decorrentes), realizado a cada dez anos pelo IBGE, seja para a construção de boa parte dos indicadores de saúde, seja para a definição de parâmetros para a transferência intergovernamental de recursos financeiros como o Piso da Atenção Básica (PAB).

7.4 INDICADORES DE INTERESSE PARA A GESTÃO DA SAÚDE

Partindo do entendimento que escalões superiores de gestão da saúde precisam acessar informações já estruturadas, serão destacados dois produtos, disponíveis na Internet, que apresentam indicadores já desenvolvidos.

O primeiro chama-se Indicadores e Dados Básicos de Saúde (IDB-Brasil) – elaborado pela RIPSa. Contém seis categorias de indicadores: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos e cobertura. No site Internet do DATASUS, estes indicadores estão disponíveis por faixa etária, sexo, desagregados por Unidade Federada, Regiões Metropolitanas e Capitais, sempre que a disponibilidade das informações permitir.

O segundo produto é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) disponível no site Internet do programa (www.undp.org.br), na seção “Relatório de Desenvolvimento Humano”.

8 . GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Os anos 90 representaram para o setor Saúde um período de grandes transformações, no bojo da implantação do Sistema Único de Saúde, a representação objetiva do processo de institucionalização das reformas setoriais que, desde o final dos anos 70 – com a crise da previdência –, vinham sendo buscadas pelo movimento de Reforma Sanitária.

Nesse processo de reforma, o componente Recursos Humanos (RH) destaca-se como um fator estratégico e elemento dinâmico para o enfrentamento dos problemas do sistema, sua implementação, avanços e retrocessos, balizado por vontade política, conhecimentos, capacidade criativa, habilidades, especialidades e processos organizativos.

A seguir destacaremos algumas características do componente RH no sistema de Saúde que delimitam o campo do qual passamos a falar:

- a) o setor saúde se caracteriza como de mão-de-obra intensivo, ou seja, ele lida em sua operacionalização com um contingente expressivo, e a incorporação de recursos tecnológicos e equipamentos não implica em redução do número de trabalhadores;
- b) As instituições de saúde dependem de forma radical de seus trabalhadores, são organizações profissionais, em que o saber e as habilidades são formalizados pelo processo de formação e as normas definidas pelas associações profissionais;
- c) Os serviços produzidos pelo setor atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar;
- d) A organização dos serviços de saúde depende em maior grau do ambiente sócio-político, seu quadro de funcionamento é regulado externamente à organização e está exposta à contaminação burocrática, fator importante no estabelecimento de limites, por exemplo, ao desempenho gerencial, quando a norma a que ficam submetidos os recursos humanos das Secretarias de Estado de Saúde é emanada do poder público, para o poder público em geral;
- e) A prestação de cuidados de saúde é uma atividade de interesse público, e atinge a todos em algum momento da vida. Podemos dizer que a produção e consumo de serviços de saúde são ações de múltiplos interesses e múltiplos agentes. Isso implica em reconhecer não só a multiplicidade de agentes envolvidos, mas também que se produzem e expressam processos de gestão além dos espaços instituídos. Merhy (2000) afirma que “em saúde, governa desde o porteiro de uma unidade de saúde qualquer, passando por todos os profissionais de saúde mais específicos, até o dirigente máximo de um estabelecimento”. Restringindo-nos ao âmbito do SUS, cabe destacar, no que diz respeito aos recursos humanos, a existência de uma relação entre usuários, trabalhadores de saúde e gestores no processo de produção e consumo de cuidados de saúde.

Metodologicamente, pode-se delimitar dois campos de atuação para as ações do sistema que implicam na relação entre trabalhadores e sistema de saúde: o campo da Gestão e o campo do Desenvolvimento. Tradicionalmente, temos o hábito de compartimentalizá-los, tomando o primeiro como o que cuida do recrutamento e seleção, cadastro e remuneração, lotação e movimentação e direitos e deveres, e o segundo com responsável pelas ações de formação, estágios, qualificação, treinamentos e outras modalidades de preparação de recursos humanos.

Esta racionalidade sempre foi encontrada no campo de RH em Saúde, na lógica da administração pública burocrática, implantada a partir da segunda metade do século XIX. Ainda preside as estruturas organizacionais, estando colocada como um dos inúmeros desafios a serem enfrentados para a reestruturação do sistema. Convém mencionar que muitos dos problemas de recursos humanos, só possuem solução a partir de mudanças no Estado brasileiro e na sociedade como um todo. Entendendo o SUS como dinâmico e em permanente processo de construção, essas mudanças estão no campo das possibilidades. Não é possível reestruturar o sistema de saúde mantendo os agentes vivos do processo em uma lógica de gestão cuja rigidez é obstáculo à mudança.

8.1 ALGUNS PROBLEMAS E DESAFIOS NA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

O Ministério da Saúde desenvolveu, no biênio 95-96, um projeto denominado “Política de Recursos Humanos de Saúde: Agenda de Prioridades para a Ação dos Gestores do SUS”. Apresentamos os principais pontos entre os apresentados no relatório do projeto, identificados como problemas pelos dirigentes dos serviços de saúde, e acrescentamos outros que figuram regularmente neste tipo de diagnóstico:

- Morosidade dos processos de concursos públicos para responder às necessidades de alocação de profissionais nos serviços de saúde;
- Processo seletivo com conteúdo inadequado às necessidades dos serviços públicos de saúde;
- Indefinição dos papéis da União, dos Estados e municípios, no que diz respeito à responsabilidade sobre reposição do pessoal municipalizado, por motivo de exoneração, aposentadorias e movimentações;
- Insatisfação profissional decorrente das diversas formas de remuneração do trabalho, das expectativas não atendidas pelos planos de cargos e carreiras e das precárias condições de trabalho e de valorização profissional;
- Alta rotatividade e distribuição inadequada dos servidores;

- Inexistência de um banco de dados atualizados sobre a composição e distribuição da força de trabalho institucional;
- Despreparo dos técnicos e desaparecimento dos órgãos de pessoal para o desenvolvimento eficaz de algumas atividades corriqueiras nas instituições de saúde, tais como: preparar a folha de pagamento, manter as fichas funcionais atualizadas e informar, com precisão, ao conjunto dos servidores, questões referentes aos direitos e deveres dos mesmos;
- Despreparo das gerencias das unidades assistenciais no que se refere à gestão de pessoal;
- Existência de trabalhadores com vínculos informais, ou seja, que não têm como base os elementos legais ou obrigações previdenciárias;
- Inexistência de mecanismos de avaliação para o trabalho realizado;
- Terceirizações dos recursos humanos de atividades fins;
- Inexistência de política de educação permanente para os trabalhadores do SUS ;
- Treinamentos emergenciais.

A garantia da efetiva implantação e avanço do SUS requer a manutenção de uma agenda dinâmica e permanente dos novos gestores estaduais que potencialize a busca de alternativas e soluções para os velhos e novos problemas da área de recursos humanos compartilhada com o nível federal, estadual e municipal de gestão.

8.2 UMA AGENDA PARA O GESTOR

Com a definição de normas e diretrizes, desde a promulgação da Constituição de 1988, passando pela Lei 8.080/90, a Lei 8.142/90, até as Conferências Nacionais de Saúde e de Recursos Humanos que foram direcionando a configuração do SUS nos anos 90, alguns avanços foram efetivamente alcançados. Ainda assim, há que se colocar a importância da demanda por ações efetivas que garantam a continuidade do enfrentamento dos problemas existentes na gestão e desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde.

Faz-se necessária a construção de uma agenda participativa para os gestores que mantenha uma postura pró-ativa e estabeleça metas e objetivos para o futuro próximo, como parte do reconhecimento da situação problemática da gestão e organização do trabalho no SUS e da potencialidade de iniciativas, considerando o caminho já percorrido pelas instâncias colegiadas dos

gestores do SUS (CONASS, CONASEMS e as Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite), pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Essa agenda participativa poderá adotar como ponto de partida o estabelecimento de negociação e pactuação entre o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS em torno do documento “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS”. O referido documento foi aprovado pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde e encaminhado para apreciação da Comissão Intergestores Tripartite.

Os gestores estaduais de saúde têm um papel estratégico esperado de articuladores das diferentes instâncias do sistema estadual e municipal de saúde, com vistas à superação dos desafios que estão postos para o setor. Pensar RH na lógica do sistema, implica em romper barreiras e limites e construir caminhos, conhecer o já percorrido ajuda neste processo, dar o salto é necessário.

8.3 AÇÕES DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

Buscando recuperar parcela significativa de ações desenvolvidas e em desenvolvimento que vem contribuindo para reduzir os problemas existentes no sistema na área de Recursos Humanos, damos a seguir um apanhado sintético das mesmas, bem como a referência para maiores informações.

Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos

Paralelamente ao Movimento de Reforma Sanitária, nos anos 80 foram sendo estruturadas ações e movimentos de reflexão e produção de espaços de mobilização de instituições públicas, entidades representativas da sociedade civil e trabalhadores para o processo de reforma e reordenamento do sistema de saúde. Entre esses movimentos, pode ser destacada a constituição de uma rede de núcleos universitários que tinha como missão apoiar as instituições governamentais e as entidades civis, mediante preparação de quadros técnico-dirigentes e realização de estudos e assessoramentos técnicos.

Em meados de 1986, o antigo INAMPS, o Ministério da Saúde e a Representação no Brasil da Organização Pan-Americana da Saúde, juntamente com aqueles núcleos universitários, elaboraram proposta de formação de quadros dirigentes para a área de Recursos Humanos, necessidade que se apresentava em todo o território nacional. Nascia, assim, o Projeto de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos, que ficaria conhecido por CADRHU, com o propósito de contribuir para a modernização dos processos institucionais do campo de RH, assegurando sua

compatibilização com os princípios e metas da Reforma Sanitária brasileira. O projeto CADRHU qualificou, ao longo de 15 anos, cerca de dois mil profissionais. Maiores informações sobre o CADRHU podem ser encontradas no site internet da OPAS (www.opas.org.br) ou do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

Ainda em outubro de 1986, foi realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos, que se constituiu em fórum privilegiado de diagnóstico, mobilização e construção de agenda na área. Projeto Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde

No início dos anos 90, dentro da mesma linha de preocupação e reflexão sobre os processos que se desenrolavam nas unidades básicas de saúde, com ênfase no nível municipal, porém não exclusivamente, outro projeto nacional teve início. O Ministério da Saúde e a Representação no Brasil da OPAS lançaram o Projeto Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde, ou Projeto GERUS. O GERUS foi disponibilizado aos gestores comprometidos com a qualificação de seus quadros gerenciais e com o desenvolvimento gerencial de suas instituições. Foi considerado prioritário pelos conselhos de secretários de saúde (CONASS e CONASEMS), e hoje está consolidado e disponível, assim como o CADRHU, baseado em processo pedagógico problematizante, que considera a realidade institucional dos participantes, trabalhando com facilitadores da aprendizagem. Não afasta o profissional participante do seu local de trabalho, alternando momentos de concentração (fora do local de trabalho) com momentos de dispersão (no local de trabalho). O Projeto GERUS preparou, até o momento, cerca de 2.800 especialistas. Maiores informações sobre o GERUS podem ser encontradas no site internet da OPAS (www.opas.org.br) ou do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

Atualização em Gestão Municipal na área de Saúde

Ainda na linha de capacitação para a gerência, está em andamento o Programa Nacional de Capacitação de Gestores Municipais, resultado de parceria entre o Ministério da Saúde, o CONASEMS, o CONASS, a OPAS e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Foi realizado o Curso de Atualização em Gestão Municipal na área de Saúde, que teve como meta atingir 80% dos municípios do País. Foram capacitados 3.500 gestores municipais. Maiores informações podem ser obtidas no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).
Escolas Técnicas de Saúde do SUS.

Outra vertente importante é aquela trabalhada pelas Escolas Técnicas de Saúde do SUS (ETSUS). As ETSUS são entidades governamentais que atuam no âmbito do setor Saúde e que têm como principal missão promover a profissionalização dos trabalhadores de nível médio sem qualificação específica para o desenvolvimento das ações de saúde. Criadas, em sua grande maioria, na década de 80, num contexto de redemocratização da sociedade, as escolas surgiram como estratégia de enfrentamento do crônico problema de RH que era a baixa qualificação dos trabalhadores que constituíam o maior contingente numérico da força de trabalho em saúde – cerca de 300 mil

trabalhadores à época. Nascia o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio e Elementar para os Serviços de Saúde, mais conhecido como Projeto Larga Escala. O eixo orientador da produção das ETSUS tem sido a formação de pessoal empregado no setor, tomando as práticas em saúde como referência. A estratégia de formação permite a incorporação dos conhecimentos e técnicas de forma gradual, encadeada e sucessiva. A profissionalização em serviço articula e é fundada na compreensão do processo educativo em sua dimensão e abrangência política. Entendem, desta forma, recursos humanos como sujeitos do processo produtivo e potenciais agentes de mudanças.

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) foi iniciado no ano 2000 e durará de 4 anos. Entre suas metas destacam-se: qualificação profissional de 225 mil trabalhadores como auxiliares de enfermagem; oferta de cursos de complementação de técnico em enfermagem para 90 mil auxiliares que estão no mercado; conclusão do ensino fundamental para 40 mil atendentes de enfermagem; formação pedagógica de 12 mil enfermeiros para atuar como docentes dos cursos de educação profissional; fortalecimento e modernização de 26 Escolas Técnicas de Saúde do SUS e apoio à criação de 11 novas escolas técnicas; Implantação de 10 estações de trabalho para desenvolvimento de estudos e pesquisas para acompanhamento do mercado de trabalho em saúde, com foco na enfermagem e certificação de competências dos alunos formados.

Com o objetivo de facilitar o processo de gestão do conjunto de ações, o PROFAE está organizado em dois componentes. No Componente I está a formação profissional propriamente dita. Até o momento, neste componente, o PROFAE tem cerca de 140 mil alunos matriculados em 6 mil turmas, e cerca de 60 mil já foram formados. Estes cursos são realizados por meio de agências operadoras, que agregam 313 escolas executoras. Os cursos são permanentemente supervisionados por 25 agências regionais contratadas, sendo em sua grande maioria universidades públicas. Hoje existem turmas em mais 1.700 municípios, abrigando alunos oriundos de cerca de 4.700 municípios.

No componente II são coordenadas as atividades de sustentabilidade do projeto: a formação pedagógica de profissionais de enfermagem de nível superior para exercer atividades de docência; a criação de um sistema de acompanhamento do mercado de trabalho em saúde com foco em enfermagem; a organização de um sistema de certificação de competências e ações de fortalecimento das Escolas Técnicas de Saúde do SUS.

Dentro das atividades de formação pedagógica, o PROFAE instituiu o Curso de Especialização em Educação Profissional na Área de Saúde. Este curso, realizado na modalidade de educação à distância, em parceria com Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), mobilizará um contingente de 18 mil enfermeiros, que atuarão como docentes

nos cursos de educação profissional. A carga horária do curso de especialização é de 660 horas e todo o material didático foi elaborado especificamente para o curso. Para tanto, foi constituída uma rede de instituições de ensino superior, composta por 31 núcleos regionais e um quadro de 270 tutores qualificados em 25 unidades federadas.

Como ação de qualificação dos cursos, o PROFAE está criando um Sistema de Certificação de Competências voltado para os alunos egressos, dentro dos padrões exigidos pela nova legislação educacional e seguindo as tendências internacionais neste campo. Este sistema encerrou uma fase de teste piloto, iniciando a seguir a realização de provas de cunho teórico e prático a nível nacional. O acompanhamento do mercado de trabalho, também contemplado no Componente II, é composto por três módulos básicos: um módulo de integração de base de dados quantitativos e qualitativos, já existentes, sobre mercado de trabalho, mercado educativo e regulação do exercício profissional dos trabalhadores do Setor Saúde; um módulo de estudos e pesquisas sobre as condições de representação e tendências corporativas; e um módulo de disseminação de informações produzidas. Alguns resultados deste trabalho já estão disponibilizados no site Internet do PROFAE (www.profae.gov.br).

Outra ação do Componente II é a Modernização das Escolas Técnicas de Saúde do SUS. Nesse sub-componente, o PROFAE busca fortalecer e modernizar 25 ETSUS em 16 Estados. As ações de modernização pretendem contribuir para a autonomia dessas escolas, além de possibilitar a aquisição de equipamentos para a informatização, de material de ensino e aprendizagem, de mobiliários e eletro-eletrônicos. Também nesta frente de trabalho, o PROFAE prioriza a implementação de projetos político-pedagógicos adequados a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e às necessidades de formação de pessoal para o SUS. O projeto estabeleceu parceria com o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) da OPAS, para que as escolas modernizem suas bibliotecas e criem a Biblioteca Virtual e Integrada, também voltada para a educação profissional em saúde, elevando o patamar de qualidade do acesso a informação na área.

Ainda visando a qualificação da gestão das ETSUS, o PROFAE, em parceria com a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos (CGPRH) do Ministério da Saúde, está implantando um Mestrado Profissional, voltado para a gestão da educação profissional e a gestão de recursos humanos. A meta é alcançar um total de 150 profissionais que já passaram por alguma especialização na área, pela realização do curso nas instituições de pós-graduação já pré-qualificadas.

No decorrer do processo de implementação da modernização das ETSUS, foi estabelecido um termo de cooperação com o Programa de Expansão da Educação Profissional (PROEP) do Ministério da Educação, com o objetivo de viabilizar a criação de Escolas Técnicas em 11 Estados que ainda não as possuem e a reforma física de escolas existentes, totalizando um conjunto de 17 convênios assinados entre Secretarias Estaduais de Saúde, MS e MEC.

O PROFAE é financiado com recursos da ordem de US\$ 370 milhões, oriundos de empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Tesouro Nacional e Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde - PITS

Um grande desafio a enfrentar na área de Recursos Humanos com conseqüências graves à realização do avanço do SUS é a concentração dos profissionais de maior qualificação, principalmente médicos e enfermeiros nos grandes centros urbanos. O Decreto nº. 3.745, de 5 de fevereiro de 2001, instituiu o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), para atender as populações de municípios desprovidos ou com precários serviços de saúde, mediante a lotação de médicos e enfermeiros naquelas localidades, por meio da oferta de incentivos financeiros e de formação profissional aos participantes. A interiorização de médicos e enfermeiros tem por objetivos impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no País e fortalecer o Programa de Saúde da Família, que é a base desta interiorização. Maiores informações podem ser buscadas no site do Ministério da Saúde (www.saude.gov.br).

Projeto de Fortalecimento do Controle Social no SUS

O Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde, ou REFORSUS, financia o Projeto de Fortalecimento do Controle Social no SUS, executado por meio de dois subprojetos. O subprojeto I visa à capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde e o subprojeto II tem como objetivo a formação de membros do Ministério Público e da Magistratura Federal.

A meta do subprojeto I é a capacitação de 50% dos mais de 40 mil conselheiros de saúde existentes no País. Para tanto, foram constituídos núcleos executores em todos os estados brasileiros e formados pouco mais de 300 monitores que serão responsáveis pela realização de cerca de 1.200 cursos. Cada curso é composto por 8 oficinas de trabalho, organizadas a partir de situações-problema vivenciadas cotidianamente pelos conselheiros. As oficinas são realizadas em horários não comerciais, preferencialmente aos sábados, domingos, ou à noite. Este subprojeto prevê ainda a formatação de material didático específico (já disponibilizado) e a capacitação de pelo menos uma escola em cada Estado para dar continuidade ao processo de capacitação após o encerramento do projeto.

O subprojeto II é composto por cursos de especialização e de extensão em Direito Sanitário para membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Formar juizes federais, promotores e procuradores na área de direito sanitário é, sem dúvida, uma grande inovação e poderá contribuir para a implementação do SUS segundo os princípios constitucionais. Este subprojeto prevê ainda a formatação de material didático específico, a organização de uma coletânea de legislação e de jurisprudência na área de direito sanitário e a formatação de um manual de atuação jurídica em saúde.

As instituições responsáveis pela realização desses cursos foram escolhidas por meio de licitação internacional, finalizada em julho de 2001. Os cursos serão finalizados em abril de 2003.

9 . GESTÃO DE INVESTIMENTOS NO SUS

9.1 INTRODUÇÃO

Os recursos federais para o custeio das ações de saúde são transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde ou diretamente como pagamento aos prestadores de serviços. A transferência dos recursos relativos a investimentos federais no SUS, no entanto, é efetuada por meio da celebração de contratos e, mais comumente, de convênios.

A celebração de convenio somente pode se dar com instituições públicas ou filantrópicas e deve seguir normas próprias estabelecidas pelo MS que podem ser encontradas na Internet, site do Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br).

Os recursos para investimentos podem ser disponibilizados por meio de projetos especiais com recursos próprios. São exemplos dessa modalidade o Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento de Urgência e Emergência ou o Programa de Apoio à Implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento à Gestação de Alto Risco. Os investimentos também são feitos por projetos com recursos externos (Banco Mundial, BID, etc.), a exemplo do REFORSUS. Ou ainda por projetos com recursos de Emendas Parlamentares.

Considerando o importante papel desempenhado pelas emendas parlamentares, se torna estratégico que o gestor estadual busque manter contato com a bancada do seu Estado no Congresso Nacional, para orientar a proposição de emendas que contribuam com melhoria do sistema e não criem, no futuro, demandas indevidas por recursos de custeio.

9.2 O REFORSUS

O REFORSUS foi criado em 1996, tendo por base um acordo de empréstimo firmado entre o governo brasileiro e os Bancos Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Mundial (BIRD). Este acordo, no valor de US\$ 650 milhões, destinou-se a investimentos de recuperação da rede física de serviços de saúde.

O REFORSUS é dividido em dois componentes. O Componente I permite a execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde e a compra de equipamentos médico-hospitalares e de veículos. O Componente II financia atividades que objetivam a melhoria da gestão de serviços e de sistemas de saúde.

No Componente I foram investidos cerca de R\$ 720,4 milhões, que financiam mais de mil projetos em quatro áreas programáticas. A escolha dos projetos de investimento que compõem a Área Programática 1 (Rede Ambulatorial e Hospitalar) é feita pelas Comissões Intergestores Bipartites e, nesta área, destacam-se os projetos de urgência e emergência, de assistência ao parto, ao puerpério e ao período perinatal. Na Área Programática 2 (Programa Saúde da Família) estão sendo financiadas as aquisições de equipamentos para unidades do Programa de Saúde da Família e os Pólos de Capacitação de profissionais para as equipes deste programa. Nas Áreas Programáticas III (Hemorredes) e IV (Laboratórios de Saúde Pública), a alocação de recursos obedeceu a planos estaduais de organização das áreas de sangue e hemoderivados e vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental.

Também no Componente I estão sendo realizados os chamados investimentos estratégicos. Por esses, com recursos da ordem de R\$ 160 milhões, foram adquiridos equipamentos e demais insumos que complementam as atividades anteriormente citadas. São eles:

- (a) equipamentos para a rede de urgência e emergência, para assistência ao parto e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico para as unidades de saúde da família;
- (b) aquisição de móveis e equipamentos audiovisuais e de informática que possibilitem acesso à informação e educação a distância para as equipes de saúde da família; e
- (c) cursos de especialização e residência em saúde da família.

No Componente II, com cerca de R\$ 150 milhões alocados, são financiados projetos, estudos e avaliações que têm como objetivo contribuir para a formulação de políticas e aperfeiçoamentos na gestão e organização do sistema de saúde. São cerca de 33 projetos, e entre eles destacam-se:

- (a) a Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), coordenada pelo Datasus e executada pelos Estados, que prevê o investimento em aplicativos e equipamentos para todas as secretarias estaduais e cerca de 1.200 municípios;
- (b) o Cartão Nacional de Saúde e o Projeto de Fortalecimento do Controle Social no SUS;
- (c) o projeto de Fortalecimento e Desenvolvimento Institucional das Secretarias Estaduais de Saúde e a capacitação de gestores municipais do SUS;
- (d) a capacitação de técnicos vinculados a estabelecimentos assistenciais no uso de aplicativos de gerenciamento de unidades de saúde, em administração hospitalar, em gerenciamento de equipamentos médico-hospitalares e em gestão de resíduos de serviços de saúde.

No Componente II estão sendo financiados, ainda:

- a construção de metodologia para apuração de contas nacionais em saúde;
- o Banco de Preços Hospitalares;

- estudos sobre impacto distributivo dos gastos em saúde e sobre a construção de metodologia de alocação eqüitativa de recursos pelo SUS;
- a construção de alternativas de processamento do plasma brasileiro para produção de hemoderivados;
- a identificação e divulgação de experiências inovadoras no SUS;
- avaliação de custos do PAB, do Programa Saúde da Família e de Procedimentos de Média e Alta Complexidade.

O Reforsus deve ser encerrado em agosto de 2003.

parte

IV



PROMOÇÃO
E ATENÇÃO

À SAÚDE

10. REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

10.1 INTRODUÇÃO

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no início de 1964, apontava para a necessidade de organização de um sistema público de saúde forte com descentralização de ações e serviços para Estados e municípios.

Contrariamente a essa tendência, o regime militar extinguiu os institutos de previdência das diferentes categorias profissionais – ferroviários, marítimos, comerciários e outros – excluindo os trabalhadores da participação da direção de seus interesses assistenciais, ao criar uma única instância previdenciária, financeiramente forte, extremamente centralizada e que não resultou no fortalecimento da prestação de serviços pelo setor público, na medida que privilegiava a compra de serviços privados.

Naquele modelo de organização do aparelho de Estado, o Ministério da Previdência Social detinha os recursos para a assistência médica e o Ministério da Saúde as responsabilidades pelas ações de promoção e prevenção, de forte caráter campanhista, organizadas de forma estanque em diferentes programas, operacionalizados de maneira verticalizada, imprimindo valores que até os dias atuais se refletem nas estruturas do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais.

O acesso aos serviços médicos assistenciais, oferecidos pela previdência social por meio do INAMPS, era restrito aos contribuintes previdenciários, cabendo aos Estados e aos poucos municípios que detinham estrutura assistencial prestarem atendimento à população não previdenciária em condições extremamente desfavoráveis se comparadas ao financiamento da previdência social.

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.

Com a progressiva pressão da sociedade contra o autoritarismo do Estado brasileiro, aliado ao alto custo financeiro do sistema vigente, cresceram as críticas ao modelo, floresceram propostas de transformação e iniciaram-se, por dentro do governo, experiências inovadoras,

como as Ações Integradas de Saúde (AIS), que pioneiramente estabeleceram transferências de recursos da seguridade social para Estados e municípios e asseguraram escalonadamente o acesso da população dita não previdenciária aos serviços próprios da previdência e, posteriormente, aos contratados.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, obteve efetiva capacidade de mobilização das forças vivas da sociedade, tornando-se um marco dos princípios da Reforma Sanitária brasileira e propiciando forte influência na Assembléia Nacional Constituinte de 1987.

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 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, tem 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 a EC nº 29, 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 – colidem com o processo de reforma do Estado desenvolvido a partir de 1995, com ênfase na política econômica monetarista, restritiva aos avanços em curso, tendo os seguintes marcos a destacar, de forma sintética:

- a) Adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase nas medidas de estabilização econômica;
- b) Aceleração do programa de privatização das empresas estatais;
- c) Priorização de uma agenda de reforma do aparelho do Estado envolvendo propostas de reformulação da administração pública federal, também aplicáveis às administrações estaduais e municipais, de grande ênfase na necessidade de reforma constitucional, com destaque para a reforma administrativa e da previdência.

A repercussão da reforma do Estado sobre as políticas sociais, e em especial sobre o setor saúde, tem sido extremamente preocupante. As medidas econômicas de ajuste e estabilização incidem sobre os gastos públicos, implicando em cortes nos gastos sociais, os quais trazem, conseqüentemente, um impacto negativo nas políticas de proteção social, acarretando efeitos deletérios nas condições de vida e saúde da população.

O relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) que utiliza o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para medir o grau de desenvolvimento aponta, com base nos dados de 1998, que esse índice tem crescido no Brasil.

QUADRO 1

EVOLUÇÃO DO ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) DO BRASIL DE 1975 A 1998

Ano	1975	1980	1985	1990	1997	1998
IDH	0,639	0,674	0,687	0,706	0,747	0,747

Fonte: Relatório IDH - 2000

Aumentou a expectativa de vida, cresceu a taxa de alfabetização e também a taxa de matrícula nos três níveis de ensino.

O conceito de desenvolvimento humano proposto por Amartya Sen (1993) advoga que prosperidade econômica não leva necessariamente ao enriquecimento da vida das pessoas e neste sentido o desenvolvimento tem por objetivo primordial melhorar as condições de vida em que os seres humanos estão vivendo e, portanto, esse deve ser o objeto da ação pública.

Estudos mostram que a expectativa de vida no Brasil é menor do que em Países com renda per capita menor ou similar. Assim, Países como a China e o Sri Lanka com renda per capita em torno de 1/5 da renda per capita da população brasileira apresentam expectativas de vida ao nascer significativamente maiores. Ainda caracterizando este cenário, cabe registrar que o Brasil tem a quinta maior população do mundo.

Nos últimos dois anos a renda per capita vem sofrendo queda associada ao fraco desempenho da economia como um todo. Desde o início da década a capacidade de compra do trabalhador brasileiro vem diminuindo. Segundo Dedecca (2000), “ocorreu uma redução substantiva no nível de rendimento de toda a população. As exceções foram os 0,5 % mais ricos e do sexo masculino que tiveram um ganho de 1,3%. O País registrou uma evolução da taxa de desemprego de 2,2% nos anos 80 para 15% da população economicamente ativa em 2000”.

A dissociação entre políticas econômicas e sociais tem contribuído para agravar a desigualdade e exclusão social.

A concentração de renda não se alterou nos últimos 23 anos, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). O 1% mais rico fica com parcela idêntica aos 50% mais pobres. Ou seja, cerca de 1,6 milhão se apropriam da mesma riqueza dividida por outros 80

milhões. Está dado o desafio que remete ao principal postulado: construir um novo sistema, transformando o modelo de atenção à saúde individual e coletiva, tornando-o dinâmico e apto a atender as diferentes e diversificadas demandas da população brasileira.

Considerando que, para cumprir o preceito constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, são necessárias instituições públicas fortes e ágeis, com quadro de pessoal adequado e valorizado e financiamento adequado, é evidente que a atual realidade econômica do País tem trazido sérias limitações ao cumprimento constitucional e gerado conflitos no exercício do dia-a-dia. O financiamento não é o suficiente, face às demandas cada vez mais amplas, coerentes inclusive com o amadurecimento do Estado de direito e das reivindicações crescentes da cidadania.

A saúde é chamada a atender as demandas de seu campo de atividade, ampliadas pela legislação, incorporando aos serviços e ações de saúde, níveis diferenciados de atendimento terapêutico, de diagnóstico, de oferta de medicamentos, de suplementação nutricional e de assistência social e psicológica.

O Brasil abarca dois extremos de perfil epidemiológico: um típico de padrão de pobreza da população e outro compatível com o de Países desenvolvidos, fazendo coexistirem situações determinadas pelo crescimento da expectativa de vida ao nascer, pela violência urbana, pelas demandas oriundas dos avanços tecnológicos ou pela falta de saneamento.

Provavelmente, o maior desafio atual está em conjugar o princípio da universalidade com o da equidade. Garantir o acesso universal da população não representa, necessariamente, assegurar a equidade. As políticas públicas deveriam contemplar ações intersetoriais que pudessem tratar os desiguais de forma diferenciada, aportando recursos diversos com a chamada discriminação positiva, que reduzisse a desvantagem dos grupos de maior risco social.

10.2 O PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

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 1986 foi realizada a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Otawa, Canadá, que em sua Carta de Intenções estabeleceu: “a Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, tanto os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um

recurso para a vida e não como o objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global”.

A 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, conhecida como Conferência de Adelaide, realizada em 1988 naquela cidade australiana, traz uma importante contribuição à discussão de saúde, quando elege como tema central as Políticas Públicas Saudáveis, propondo, entre outras questões, a criação de ambientes favoráveis a uma vida saudável. Este tema torna-se o de eleição na 3ª Conferência, realizada em Sundsvall (Suécia) e pela primeira vez mostra diretamente a interdependência entre o ambiente, em todos os seus aspectos, e a saúde, num debate acalorado que antecede a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92.

A Conferência Internacional em Promoção da Saúde na Região das Américas, realizada em Bogotá, Colômbia, em novembro de 1992, reuniu representantes de todos os Países do continente americano e, entre outros, reafirmou os princípios da Carta de Ottawa.

Na mesma linha da reunião de Bogotá a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Jakarta, Indonésia, recoloca as questões de Ottawa, mas, sobretudo, destaca a questão do reforço da ação comunitária. Chama atenção para fatores transnacionais entre os determinantes da saúde, como a globalização da economia, a continuada degradação ambiental e o acesso aos meios de comunicação.

O exercício do paradigma da promoção da saúde às vezes nos faz refletir sobre o que é de fato promoção da saúde e o que é prevenção de doenças, sendo sua prática cotidiana, com certa freqüência, de difícil diferenciação, bem mais do que nos seus aspectos teóricos. Alguns autores têm se debruçado sobre esta questão, e é importante para a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil que ela esteja razoavelmente clara na cabeça de formuladores e implementadores de ações de saúde.

Seja no campo individual ou coletivo, a promoção da saúde nos remete para um enfoque sempre mais abrangente do conceito de saúde e de seus múltiplos determinantes, com todo o seu dinamismo e interatividade, do homem ao ambiente e suas relações. É um contínuo identificar de determinantes do processo saúde-doença visando sua transformação em direção à saúde. Mesmo indivíduos considerados saudáveis poderiam migrar para um estado ainda mais saudável ou menos propenso ao adoecimento.

Prevenção de doenças, como nos indica, é evitar doenças, sendo este o seu objetivo e, portanto,

a ausência de doenças seria suficiente. O que nos leva a pensar a saúde como ausência de doenças, um conceito já ultrapassado pela nossa compreensão.

Diferentemente, a promoção da saúde, com todo o seu dinamismo, busca um contínuo viver saudável e considera que sempre poderemos estar conquistando níveis melhores de saúde, considerando os múltiplos determinantes deste processo. Portanto, não é suficiente aí a idéia de ausência de doenças. Há sempre como buscar condições de vida e de saúde melhores.

A prevenção, como idéia, trabalha com a detecção precoce de enfermidades, fatores de riscos específicos ou coadjuvantes e causas de enfermidades. O adoecimento ou a doença é a questão central e a detecção dos fatores causadores desta e sua correção são o objeto de trabalho.

A promoção, como colocado na Carta de Otawa, se descreve como “processo de capacitar indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e, assim, incrementar sua saúde (...)”. Portanto, tem o seu olhar para a saúde e seus determinantes, exigindo práticas variadas para muito além do setor saúde.

Para uma melhor compreensão Stachtchenko e Jenicek (1990) desenvolveram um esquema que nos favorece nesta análise.

QUADRO 2

categorias	promoção de saúde	
Conceito de Saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doenças
Modelo de intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Redes de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares Facilitação e capacitação	Geralmente única
Direcionamento das medidas	Oferecidas à população	Direcionadoras e persuasivas
Objetivos dos programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Impostas à grupos-alvo Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais e nacionais, etc	Profissionais de saúde

Fonte: Stachtchenko e Jenicek (1990).

Assim, facilita-nos verificar que, enquanto a prevenção de doenças foca o indivíduo e o responsabiliza pelo seu estado de saúde, a promoção serve como mediadora entre o conjunto das pessoas e o ambiente em que vivem, com responsabilidades individuais e sociais pela saúde.

Também vale aqui ressaltar o pensamento dos autores mencionados acima de que estas duas abordagens são complementares e não excludentes, com medidas adequadas e equilibradas podendo conviver em benefício da população.

Entretanto para o real atendimento das necessidades de saúde da população, respeitada a premissa da integralidade, é preciso que o modelo se reorienta também nos aspectos assistenciais, buscando uma atenção mais humanizada, com acesso fácil ao sistema, que permita uma migração por diversos níveis de assistência, de acordo com as suas necessidades e complexidade, de forma a disponibilizar todos os recursos e conhecimentos tecnológicos para o bem estar da população. Para tanto é preciso que se aprofunde na definição das responsabilidades de cada esfera de governo, nas responsabilidades da população, sobretudo, definindo um espaço concreto de atuação das pessoas e das instituições.

10.3 O PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

O eixo das atividades do Projeto de Promoção da Saúde consiste em proporcionar à população as condições e requisitos necessários para melhorar e exercer controle sobre sua saúde, envolvendo: educação, moradia, alimentação, renda, e um ecossistema estável, com justiça social e equidade. O Projeto do MS está estruturado em quatro áreas de atuação:

- Estilos de vida saudáveis / relações pessoais.
- Reorganização das ações de saúde.
- Municípios saudáveis.
- Marketing social e apoio a projetos sociais.

A seguir apresentaremos alguns dos programas e projetos desenvolvidos recentemente pelo Ministério da Saúde nesta área:

- Programa Saúde na Escola: em convênio com a Fundação Cesgranrio/RJ, produz vídeos educativos para compor a grade de programação da TV Escola / MEC.
- Programa Saúde no Ar: programa radiofônico educativo, com objetivo de difundir mensagens com conteúdos informativos e formativos para promoção da saúde e adoção de medidas preventivas junto à população de baixa renda.
- Programa Salve: tem como principal meta reduzir o número de vítimas fatais nos acidentes de trânsito.
- Projeto Viva Legal: prevê a produção e veiculação de vídeos educativos com uma linguagem

- atual e descontraída, para transmissão de informações relevantes para a saúde da população.
- Programa de educação e saúde através do exercício físico e do esporte: tem como meta aumentar a prática da atividade física na população, visando melhorar a qualidade de vida e sua importância como fator de promoção, prevenção e manutenção da saúde.
 - Escola de Promoção da Saúde: caracteriza-se por estar constantemente reforçando sua capacidade como um espaço de saúde que favorece a convivência saudável, o desenvolvimento psico-afetivo, o aprendizado e o trabalho.
 - Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trânsito.

10.4 O TERRITÓRIO COMO ESPAÇO DE MUDANÇA E DE RESPONSABILIZAÇÃO

O território como locus de vida individual, familiar e comunitária, com suas inter-relações deve se constituir na base do sistema de saúde. O território se apresenta como um espaço concreto onde vive uma população específica, interagindo com determinantes do processo saúde-doença-cuidado, inclusive com as estruturas dos serviços de saúde.

É na base territorial local onde interagem diversos atores sociais, com características demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, administrativas, políticas e sociais bem definidas, num dinamismo que impõe aos atores intervenções variadas na busca da resolução de seus problemas ou interesses.

Dessa forma, o estabelecimento dessa base territorial é fundamental para o real dimensionamento de uma população, seus problemas, inclusive os de saúde, e a proposição e intervenção visando a saúde e o bem-estar dessa comunidade.

É na dimensão territorial local onde é possível objetivamente aos serviços de saúde o conhecimento da população sob sua responsabilidade, os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado, devendo o nível de detalhamento chegar às famílias, possibilitando o conhecimento da dinâmica familiar e as várias interações que permitem a manutenção ou não de determinados níveis de saúde.

Dessa forma é possível estabelecer uma porta de entrada única no sistema de saúde, o respeito à individualização das necessidades, a responsabilização pelo sistema de saúde para o atendimento integral nos diversos níveis de complexidade exigidos para cada caso, de maneira hierarquizada e a conformação de um sistema que deve ser regionalizado, de forma permitir, ao mesmo tempo, uma economia de escala e o acesso mais fácil e mais próximo do local de moradia da população. Sem dúvida alguma, o estabelecimento de territórios definidos com responsabilidades partilhadas,

mas claramente estabelecidas, requer, especialmente no caso brasileiro, um País de dimensões continentais, um planejamento de base regional, ascendente tanto nos aspectos da dimensão territorial como em complexidade e custos, e que leve sempre em consideração o aspecto federativo da nossa nação.

Algumas estratégias têm sido desenvolvidas e obtido sucesso na mudança do modelo de atenção à saúde, levando em consideração o espaço territorial local, na busca da promoção da saúde. A estratégia de políticas públicas saudáveis defendida nas Conferências Internacionais sobre a Promoção da Saúde tem se revelado como importante instrumento dessa mudança. O movimento de Cidades Saudáveis vem ganhando força por sua capacidade mobilizadora, onde todos são levados a participar e decidir sobre um modo de vida mais saudável no seu território, a partir da constituição de uma rede formal e informal que articula múltiplos interesses a partir da própria comunidade.

Tendo claro que as cidades ou municípios, como tem sido tratado no caso brasileiro, podem desempenhar papel fundamental na manutenção da saúde de seus habitantes, a OMS, vem estimulando as administrações municipais à reflexão sobre os problemas de saúde e suas múltiplas determinações, visando à adoção de políticas públicas saudáveis, apontando que uma cidade saudável deve ter as seguintes características:

- meio físico limpo e seguro
- necessidades básicas asseguradas para todos
- comunidade forte, integrada, sem exploração e com apoio mútuo
- alto grau de participação pública na administração local
- acesso à diferentes experiências, à interação e comunicação
- promoção e celebração das tradições históricas e culturais

A 4ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em 1997, em Jakarta, coloca como prioridades para a promoção da saúde no século XXI:

- a) promover a responsabilidade social com a saúde
- b) aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde
- c) consolidar e expandir parcerias para a saúde
- d) aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos
- e) assegurar uma infraestrutura para a promoção da saúde

Assim, faz-se necessário o rompimento de práticas setoriais isoladas e o fortalecimento da integralidade das ações de saúde. A intervenção do aparelho governamental deve contemplar políticas públicas em que a saúde interaja com a educação, a ação social, a proteção ao meio ambiente, a geração de renda, promovendo o desenvolvimento sustentável e integrando as ações públicas às atividades do terceiro setor.

Entretanto, as políticas públicas têm tratado a todos como iguais, especialmente quando são verticalizadas, do governo federal para os Estados e municípios, e com isso têm acentuado as desigualdades existentes, na medida que não oferecem oportunidades de promoção da equidade. Mesmo num único município encontramos entre populações significativas diferenças sócio-econômicas, de escolaridade, etc. A compreensão destas distintas realidades pode possibilitar estratégias de intervenção em suas desigualdades regionais, assim como permitir ao município promover ações que reduzam a desigualdade entre seus diferentes territórios.

O Brasil, por sua dimensão continental, exige que a esfera federal desenvolva políticas que fortaleçam as instâncias capazes de operar a saúde no dia-a-dia do cidadão, com a flexibilidade que permita, diante de distintas realidades e desigualdades, práticas políticas também distintas, a fim de proporcionar a todos as premissas firmadas na Carta Magna, em especial da universalidade do acesso, da integralidade das ações segundo a necessidade de cada um e, compreendendo que a equidade se faz necessária, com políticas de discriminação positiva capaz de elevar a um mesmo patamar de cidadania os desiguais, sobretudo àqueles que têm sido excluídos do processo social mais produtivo e evoluído.

A promoção da saúde é em essência a promoção da vida, de uma vida saudável em todos os aspectos, e o entendimento amplo dos determinantes sociais que levam uma comunidade a viver, adoecer e morrer de uma determinada maneira ou de outra trazem à tona a responsabilidade que os governos têm na adoção de um conjunto de políticas públicas favoráveis à vida.

Cabe à esfera federal tratar das desigualdades entre as unidades federadas, implementando estratégias criativas, resolutivas, flexíveis e para além de um processo normativo. A multiplicidade de ações, que no seu conjunto expressam uma dimensão maior de qualidade de vida e que afetam diretamente a questão da saúde, é fundamental, como é caso da água potável em quantidade suficiente, da disponibilidade e acesso a alimentos de boa qualidade, do tratamento do esgoto e destino adequado dos resíduos sólidos, da preservação do meio ambiente, de uma política habitacional para o campo e para as cidades, etc.

Os Estados, semelhantemente, devem promover um conjunto de políticas públicas no mesmo sentido, observando suas desigualdades internas de forma a garantir diferença de tratamento visando beneficiar aos menos favorecidos, colocando-os num patamar de igualdade na busca de uma sociedade justa, equânime e igualitária. Assim, na área específica da saúde, é necessário que desenvolvam estratégias de regionalização, visando à garantia do acesso aos serviços, mesmo os de maior complexidade tecnológica, e a integralidade das ações.

Sistemas de avaliação apropriados, informatizados e que levem em consideração um pacto de metas, validado pela comunidade envolvida, são fundamentais como estratégia para o rompimento das desigualdades e para garantia do objetivo de uma melhor qualidade de vida.

Os Estados devem, portanto, desempenhar um papel regulador e mediador, buscando um pacto de metas regionais, visando à qualidade de vida da sua população, mas compreendendo e intervindo favoravelmente para que as desigualdades existentes entre municípios e regiões, sejam de saúde, econômicas ou políticas, não acabem por ampliar as desigualdades ou criar modelos de captura de recursos capaz de aumentar o fosso existente entre os que tudo podem e os que nada têm. A atuação dos Estados como fomentadores de políticas regionais e locais, no financiamento de estruturas necessárias e na manutenção de outras, seja por estratégias como as dos consórcios intermunicipais de saúde, na adoção de piso estadual de saúde, na execução de estruturas regionais pelos próprios Estados ou outras formas de financiamento, são fundamentais para a correção das distorções existentes e para avançar ao patamar de qualidade de vida e de saúde que todos esperam.

11. ATENÇÃO BÁSICA

11.1 ATENÇÃO BÁSICA: A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS.

A relevância da Atenção Básica, apresentada na literatura internacional como Atenção Primária à Saúde (APS), para a conformação dos sistemas nacionais de saúde tem levado alguns autores a classificá-la como uma megatendência mundial (Rubinstein, 2001). Essa tendência tem como espelho no Brasil a valorização da Atenção Básica, em especial da estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Starfield (2001), a atenção primária, é talvez o mais importante componente dos sistemas de saúde, pois o desenho dos mesmos será diferente a partir da incorporação ou não dos seus princípios. A evolução do conceito da APS pode ser observada na classificação de Vuori (1985), detalhada por Starfield (1993), se comparados aos princípios da Atenção Primária propostos em Alma-Ata¹. A autora apresenta a APS como estratégia organizativa da atenção à saúde, definida pelos princípios e diretrizes que esses serviços devem proporcionar, quais sejam: atenção generalizada, sem restrição à grupos de idade, gênero ou problemas de saúde; atenção acessível, integrada e continuada, trabalho em equipe; atenção centrada na pessoa e não na enfermidade; atenção orientada à família e à comunidade; atenção coordenada, incluindo o acompanhamento do usuário nos outros níveis de atenção, e apoio constante aos usuários nos aspectos relacionados à saúde e bem estar (Starfield apud Mendonça et al, 2002).

Evidências internacionais destacam a importância de uma orientação dos sistemas nacionais de saúde nesse mesmo sentido. Segundo Starfield (2001), “não existe nenhuma sociedade que disponha de recursos econômicos ilimitados para custear os serviços de saúde. A atenção superespecializada é mais cara que a atenção primária e, portanto, têm menor acesso a ela as pessoas com dificuldade econômica”. Assim, um sistema de saúde centrado na superespecialização põe em perigo a equidade.

Essas discussões põem em xeque a cultura da procura direta ao especialista como símbolo de qualidade da atenção, própria do modelo médico hospitalocêntrico. Países como Inglaterra, Holanda, Austrália, entre outros, permitem o acesso a especialistas somente mediante encaminhamento do médico da atenção primária (Rubinstein, op.cit.). Esse fato tem repercussão direta nos custos e na eficiência do sistema.

1. A decisão da OMS, na Conferência de Alma-Ata, de ter como meta de seus Países membros a "saúde para todos no ano 2000", em 1977, levou a definição de atenção primária como uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade.

No Brasil, a organização da atenção básica está delegada à gestão municipal e os repasses dos recursos federais são automáticos, por meio do Piso da Atenção Básica (PAB), fixo e variável. Alguns Estados instituíram repasses específicos para o PSF e para o PACS, sejam de recursos diretos fundo a fundo, sejam pela contratação de profissionais e cessão dos mesmos aos serviços instalados e geridos pelos municípios. É importante ressaltar que o crescimento e a consolidação do PSF estão intimamente ligados ao relevante papel dos municípios no processo de sua implantação. Também há que se destacar que todos os Estados da federação estabeleceram coordenações de PACS e PSF no início de sua implantação e, como no Ministério da Saúde, vários desses Estados evoluíram para a criação e organização de equipes não só voltadas ao PACS e PSF, mas também para todo o rol de ações próprias da atenção básica.

Mesmo com esses avanços, problemas estruturais para a mudança de um modelo de atenção e consolidação da atenção básica e de sua estratégia mais abrangente, que é o PSF, estão colocados para os gestores. Entre eles, a inadequação dos recursos humanos, o financiamento insuficiente, e a baixa capacidade de gestão de alguns municípios, entre outros, apontando desafios ainda a serem superados (Sampaio e Souza, 2002).

11.2 O HISTÓRICO DO PACS E DO PSF

O Programa de Saúde da Família teve sua implantação iniciada em 1994, como um avanço do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Naquela época realizava-se o repasse de recursos do PSF por meio de convênio entre a Fundação Nacional de Saúde e as secretarias municipais de Saúde.

A falta de um financiamento perene justificou a inclusão de códigos específicos para o PSF, com valores diferenciados, na tabela do SIA/SUS, para alguns procedimentos realizados pelas equipes do PSF, como consultas médicas e visitas dos agentes comunitários de saúde.

Em 1998, com a implantação da NOB/SUS 01/96 e do Piso de Atenção Básica, instituiu-se a lógica de financiamento per capita para o PACS e o PSF, por meio do PAB variável. Esses programas têm suas normas e diretrizes definidas pela portaria GM/MS nº 1.886, que os reconhece como importante estratégia para o aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar.

A publicação do “Manual para Organização da Atenção Básica”, em 1998, foi outro passo na demarcação da importância da atenção básica para a organização dos sistemas de saúde. Para além do arcabouço jurídico-legal, avançou-se na definição de responsabilidades e na estratégia organizativa.

Nesse documento, a Atenção Básica é destacada pela sua importância no processo de reorganização dos sistemas municipais de saúde, sendo definida como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. É importante destacar que o Manual contempla orientações sobre o repasse, aplicação, acompanhamento e controle dos recursos financeiros da Atenção Básica, repassados pelo Ministério da Saúde.

Com a criação do Departamento de Atenção Básica (DAB), reforçou-se a importância estratégica do Programa de Saúde da Família² e buscou-se a integração de áreas técnicas e outros programas existentes relacionados à atenção básica. Algumas Secretarias dos Estados e municípios também reformularam seus organogramas, definindo para a Atenção Básica esse papel articulador das várias iniciativas que compõe o seu escopo.

11.3 SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA DE MÚLTIPLOS OBJETIVOS

O PSF tem sido colocado como uma alternativa para a organização de sistemas de saúde, segundo os princípios do SUS. A estratégia de Saúde da Família como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de Saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Permite, assim, compreender a dinâmica do núcleo familiar, suas relações na sociedade, inclusive o modo social de produção, e avaliar que determinantes sociais contribuem para um melhor ou pior desenvolvimento do processo de saúde nessa comunidade.

Como orientadora das políticas intersetoriais, tem papel fundamental, uma vez que, pelas mesmas razões, é capaz de compreender que estruturas precisam ser modificadas visando ao bem estar da sua comunidade. Da mesma forma, é capaz de ser importante mobilizadora das forças sociais que nesse espaço atuam, de modo a interagirem com o governo local na busca de soluções para os seus problemas.

Por sua capacidade de conhecer a realidade epidemiológica, utilizar as ferramentas informatizadas já disponíveis e traduzir temas para uma linguagem acessível à sua comunidade, é possível a construção de metas e pactos visando uma vida saudável e com saúde para os seus membros, com avaliação dos impactos produzidos a tempos determinados.

2. A referência mais atual com orientações sobre o PSF é o Guia Prático do Programa de Saúde da Família editado pelo Ministério da Saúde em 2001

Por sua possibilidade de garantia de acesso, se mostra estrategicamente importante como a porta de entrada pela atenção básica no sistema de saúde, sendo capaz de acompanhar e garantir o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema na medida que cada caso requerer, sem perder o vínculo original e a individualidade necessária.

11.4 A ATENÇÃO BÁSICA E A NOAS/SUS 01/2001

A publicação da NOAS/SUS 01/01 reafirmou a priorização da Atenção Básica pelos gestores das três esferas de governo como essencial à organização dos sistemas de saúde e ao processo de regionalização, englobando um conjunto de ações que devem ser ofertadas em todos os municípios do País, independente de seu porte.

A ampliação da Atenção Básica proposta pela NOAS/SUS 01/01 definiu responsabilidades e ações estratégicas mínimas, de forma amplamente negociada entre os atores políticos e institucionais envolvidos na discussão, quais sejam: controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase, controle da Hipertensão, controle do Diabetes Mellitus, ações de Saúde Bucal, ações de Saúde da Criança e ações de Saúde da Mulher.

Esse elenco tem sido ampliado em alguns Estados e municípios, baseado no perfil demográfico e epidemiológico e em suas prioridades políticas, a exemplo do Estado de São Paulo, que acrescentou a Saúde Mental como mais uma área estratégica da atenção básica. Estas ações deverão estar de acordo com as agendas de saúde, definidas por Estados e municípios em consonância com a Agenda Nacional de Saúde.

Pretende-se inserir a Atenção Básica de forma articulada à toda rede de serviços de saúde dos municípios, e como parte indissociável dessa. Sabe-se que muitas vezes a conformação de uma rede de serviços com diversos níveis de hierarquia extrapola o território de um município, sendo necessária a articulação intermunicipal, independente da forma de gestão que o município se encontra. Para apoiar essa articulação, tanto para municípios em Gestão Plena da Atenção Básica como para municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, existem instrumentos operacionais, a exemplo da Programação Pactuada e Integrada, onde poder-se-á buscar a explicitação dos pactos intergestores que visam garantir o acesso da população aos níveis mais complexos do sistema. Também o Plano Diretor de Regionalização e o Plano Diretor de Investimentos, ao contemplarem a necessidade de instalação de serviços, poderão ser instrumentos na busca de maior equidade na distribuição dos recursos, apontando para a ampliação do acesso e para maior integralidade do sistema.

O impacto dessas ações deverá ser acompanhado por meio dos indicadores do Pacto da Atenção Básica e também pelas informações que poderão ser disponibilizadas pelos bancos de dados

nacionais. A alimentação regular desses bancos de dados é uma das exigências para manutenção da habilitação dos municípios e todos os dados disponíveis são de responsabilidade dos municípios, fontes dos mesmos para o Ministério da Saúde.

A riqueza do processo de discussão e implantação das NOAS/SUS vem configurando um importante momento de reflexão e avaliação da Atenção Básica e de sua importância estratégica para a organização dos sistemas municipais e regionais de saúde, apontando a necessidade de uma maior qualificação da mesma.

O processo de avaliação da Atenção Básica, desencadeado para a habilitação dos municípios segundo a NOAS/SUS 01/01, normatizado conforme a portaria GM/MS 2.215, de 5 dezembro de 2001, tem propiciado a mobilização de Estados e municípios a fim de alcançar os indicadores propostos. Em função disso, percebe-se uma evolução positiva no número de municípios que cumprem todos os critérios da portaria para habilitação (Tabela 2).

O cumprimento dos critérios, em que pesem as críticas aos seus limites e aos próprios sistemas de informação nos quais se baseiam, demonstram que os municípios habilitados em gestão plena do sistema (GPSM) apresentam desempenho significativamente melhor que os municípios em gestão plena da atenção básica (GPAB).

TABELA 2
EVOLUÇÃO DO PERCENTUAL DE CUMPRIMENTO DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PELOS MUNICÍPIOS DE ACORDO COM A HABILITAÇÃO PELAS CONDIÇÕES DE GESTÃO DA NOB/SUS 01/96, ABRIL A OUTUBRO DE 2002.

condição de gestão municipal	nº total de municípios	abril	maio	junho	julho	agosto	outubro
GPSM	564	36,9	37,9	45,4	47,3	49,3	47,7
GPAB	4952	11,1	10,4	13,7	16,7	17,8	21,4
não habilitados	23					5,0	
TOTAL	5560	13,7	13,1	16,6	19,7	20,9	23,9

Fonte: SIA/SUS, SI-PNI, Pacto da Atenção Básica.. DAB/SPS/Ministério da Saúde

11.5 EVOLUÇÃO DA COBERTURA DO PSF

Desde o início de sua implantação, em 1994, o PSF apresentou diferenças importantes de cobertura por região, entre Estados, e em relação ao porte dos municípios.

Até 1996, as regiões Nordeste e Sul mantinham-se acima da média nacional em relação à cobertura populacional (Tabela 3). Em julho 1998 a mudança nos valores dos incentivos ampliou em 53% o valor do repasse por equipe. Dessa forma, o crescimento se acentuou em todas as regiões a partir de 1999, estimulado sobretudo, pelo financiamento diferenciado.

Nova mudança na lógica do financiamento ocorrida no final de 1999, valorizando a cobertura populacional e aumentando significativamente os valores, proporcionou uma grande expansão em 2000 e 2001.

Em junho de 2002, a cobertura chega a praticamente 30% do total da população do País, sendo superior a 50 milhões de pessoas. Dos 5.561 municípios, 4.995 (89,82%) possuem equipes do PSF e/ou do PACS. Nos municípios de pequeno porte, de até 10 mil habitantes, a cobertura populacional média do País ultrapassa 60%, enquanto naqueles com mais de 100 mil habitantes a cobertura está próxima a 15 %. Isso demonstra a importância de investir-se na expansão do PSF nos grandes centros urbanos, que se mantém bem abaixo da média nacional.

Entre os entraves à expansão freqüentemente apontados pelos gestores municipais, em especial de municípios de grande porte, estão as formas de incentivos e estratégias de financiamento para os grandes municípios, a capacitação dos profissionais de saúde, a integração das equipes do PSF à rede já instalada, a necessidade de mudanças no processo de produção de serviços diante das novas demandas e necessidades da população, em áreas marcadas pela violência urbana e finalmente a necessidade de caracterizar o PSF não como uma política focalizada para a pobreza, mas como uma estratégia para consolidação dos princípios de um SUS verdadeiramente universal.

TABELA 3**COBERTURA POPULACIONAL DO PSF, POR ANO, SEGUNDO UF. DE JAN/1994 A JUN/2002**

Região/UF	% Cob	% Cob	% Cob	% Cob	% Cob	% Cob	% Cob	% Cob	% Cob
Ano	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	jun/02
Rondônia	0,00	0,00	0,00	0,00	5,14	22,61	26,97	25,73	26,13
Acre	0,00	3,79	3,57	3,45	15,44	23,53	42,02	42,65	42,65
Amazonas	0,00	0,00	0,00	0,00	0,68	5,08	8,23	22,48	31,33
Roraima	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,76	17,68	65,47	67,10
Pará	0,45	0,44	0,44	0,43	2,33	6,21	11,03	15,40	17,52
Amapá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,57	12,78	17,99	18,68
Tocantins	0,00	0,00	0,00	0,00	25,54	42,26	35,03	51,25	55,91
Região Norte	0,22	0,37	0,37	0,36	4,88	11,71	15,94	23,81	27,29
Maranhão	0,67	0,66	0,66	0,65	0,64	2,36	8,06	17,64	27,74
Piauí	0,00	0,00	0,00	2,43	7,62	24,98	52,88	67,97	72,49
Ceará	5,10	11,61	13,73	13,56	28,24	32,96	37,81	50,37	51,83
Rio Grande do Norte	2,44	2,40	2,43	2,39	4,47	11,83	22,62	48,65	54,54
Paraíba	0,52	0,52	0,73	0,72	4,01	7,05	33,00	64,55	63,48
Pernambuco	1,36	3,48	3,50	4,48	11,01	16,02	34,42	44,46	47,34
Alagoas	2,61	4,24	4,32	12,18	23,36	30,26	56,82	62,32	63,49
Sergipe	0,22	6,23	6,16	6,04	12,29	18,73	42,02	62,08	66,17
Bahia	0,00	0,00	0,03	0,03	1,02	2,18	8,35	15,59	19,38
Região Nordeste	1,41	3,04	3,42	4,16	9,32	13,71	26,43	39,11	42,81
Mato Grosso do Sul	0,00	0,00	0,00	1,40	1,73	3,92	13,25	23,53	31,79
Mato Grosso	0,00	0,00	0,15	0,00	3,11	5,23	20,96	38,26	41,97
Goiás	0,41	0,40	0,38	0,37	0,73	8,97	25,84	46,86	50,46
Distrito Federal	0,00	0,00	0,00	24,08	49,69	21,19	10,27	9,87	8,39
Região Centro-Oeste	0,17	0,17	0,20	4,61	9,98	9,41	19,80	34,34	37,89
Espírito Santo	0,00	0,00	0,00	0,48	3,10	4,23	19,33	29,63	30,48
Minas Gerais	0,89	0,21	1,74	11,18	15,41	16,28	22,80	29,63	37,83
Rio de Janeiro	0,26	0,26	1,06	1,04	1,49	3,67	9,93	16,75	17,69
São Paulo	0,08	0,98	1,03	1,01	1,54	2,32	7,93	10,78	13,56
Região Sudeste	0,32	0,85	1,17	3,52	5,04	6,12	12,48	17,43	21,09
Paraná	0,16	1,74	1,69	3,74	6,89	7,69	23,41	32,74	33,83
Santa Catarina	5,14	6,49	7,22	7,10	7,00	11,10	25,43	41,66	46,92
Rio Grande do Sul	0,00	0,43	0,43	0,85	2,31	2,91	7,05	10,14	11,68
Região Sul	1,13	2,19	2,32	3,25	5,04	6,45	17,17	25,50	27,66
TOTAL	0,74	1,60	1,86	3,51	6,57	8,95	17,87	26,35	29,78

11.6 O MONITORAMENTO DAS EQUIPES DO PSF

O “Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família” foi desenvolvido pelo DAB, a fim de verificar in loco os entraves para a implantação e consolidação do PSF. A fase de coleta de dados foi concluída em agosto de 2002, totalizando 17.003 equipes entrevistadas. Os relatórios por Estado foram elaborados, apresentados e discutidos com gestores dos Estados correspondentes, que receberam a base completa de dados, incluindo a localização de todos os problemas detectados no nível das equipes. As bases de dados e relatórios encontram-se disponíveis no Ministério da Saúde, sendo um importante referencial de registro e pesquisa para futuros estudos sobre a saúde da família no Brasil.

11.7 O PACTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Visando orientar o processo de avaliação e monitoramento no âmbito da atenção básica, o Ministério da Saúde formulou, a partir de 1999, a proposta de desenvolvimento do pacto dos indicadores da atenção básica, tomando como objeto de negociação metas a serem alcançadas em relação aos indicadores previamente acordados.

De 1999 a 2002, o pacto sofreu alterações, tanto com relação à sua forma de condução quanto aos indicadores selecionados para avaliação, em um processo contínuo de aprimoramento. Num primeiro momento, a coordenação do processo do Pacto esteve a cargo do CENEPI/FUNASA, sendo incorporado às ações da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Departamento da Atenção Básica em 2000.

Em 1999, o Pacto era composto por 41 indicadores municipais, sendo 24 para todos os municípios e 17 específicos para as áreas do PACS e PSF.

Em 2000, o pacto foi dividido em três blocos de indicadores: bloco 1, com 14 indicadores pactuados por todos os municípios, independente do modelo de atenção adotado; bloco 2, com 6 indicadores pactuados por municípios com o PACS implantado, e o bloco 3, composto por 10 Indicadores pactuados por municípios com PSF implantado.

Em 2001, os indicadores foram agrupados nos seguintes blocos: redução da mortalidade infantil e materna, controle de doenças e agravos prioritários, melhoria da gestão e reorientação do modelo assistencial, melhoria do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde.

Em 2002, a relação dos indicadores com metas pactuadas vinculou-se as áreas estratégicas da

NOAS/SUS 01/02: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, controle da Hipertensão, controle do Diabetes, controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase e Saúde Bucal. Também foram pactuados indicadores gerais para os Estados, como a cobertura dos sistemas nacionais de informação, cobertura do PSF, entre outros.

É perceptível o crescimento do número de municípios e Estados que realizaram o pacto no ano de 2002 em relação às pactuações anteriores. Entretanto, é necessário avançar no sentido de que esse instrumento de pactuação se incorpore ao cotidiano dos gestores do SUS.

11.8 FINANCIAMENTO: PAB FIXO, PAB AMPLIADO E PAB VARIÁVEL – PSF/PACS E SAÚDE BUCAL

Como mencionado anteriormente, o financiamento da Atenção Básica é realizado por meio de transferências fundo a fundo de recursos per capita para os municípios. O valor do PAB fixo varia, desde sua instituição, entre R\$10,00 e R\$18,00 reais por habitante/ano. Essa variação foi acordada na Comissão Intergestores Tripartite à época da implantação do PAB em virtude de alguns municípios já produzirem mais de R\$10,00 em procedimentos pagos pela tabela do SIA/SUS, nos grupos que passaram a compor o PAB. Desde então, esses valores vêm sendo corrigidos de acordo com o crescimento populacional, para municípios que possuíam o PAB de R\$ 10,00. Para o restante dos municípios, o valor passou a ser corrigido quando, com o crescimento populacional do município, o PAB fica abaixo de R\$10,00 per capita.

O PAB ampliado, instituído por meio da NOAS/SUS 01/01 foi fixado em R\$0,50 por hab/ano sendo incorporado ao PAB fixo (R\$10,00) dos municípios a partir da sua habilitação à Norma.

Além do PAB fixo, existem os recursos do PAB variável. O Incentivo para as equipes de Saúde da Família é regulamentado pela portaria GM/MS nº 1.329, de 12 de novembro de 1999 (Quadro 3).

QUADRO 3 FAIXA DE COBERTURA POPULACIONAL E VALORES ANUAIS DO INCENTIVO FINANCEIRO POR EQUIPE DO PSF.

classificação das faixas de cobertura	faixas de cobertura populacional em %	valor do incentivo equipe/ano (R\$1,00)
1	0 a 4,9	28.008
2	5 a 9,9	30.684
3	10 a 19,9	33.360
4	20 a 29,9	38.520
5	30 a 39,9	41.220
6	40 a 49,9	44.100
7	50 a 59,9	47.160
8	60 a 69,9	50.472
9	70 e mais	54.000

Soma-se aos valores do Quadro 3 o incentivo dos agentes comunitários de saúde. Segundo a portaria GM/MS nº 868, de 7 de maio de 2002, o incentivo anual é de R\$ 2.400,00 para cada agente comunitário de saúde. A portaria GM/MS nº 1.350, de 24 de julho de 2002, instituiu o Incentivo Financeiro Adicional vinculado ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde no valor de R\$ 240,00 ao ano, por agente comunitário de saúde, para incorporação de ações específicas relacionadas ao controle da dengue e da malária.

Já o incentivo das Equipes de Saúde Bucal é regulamentado pela portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, estabelecendo o incentivo financeiro anual para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do PSF em duas modalidades:

Modalidade I – Um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário – R\$ 13.000,00.

Modalidade II – Um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico de higiene dental - R\$ 16.000,00

11.9 RECURSOS HUMANOS: PÓLOS DE CAPACITAÇÃO, PROMED E PITS.

Um dos grandes desafios do SUS está na questão dos recursos humanos, que também é apontada como um dos dificultadores para a expansão do PSF. A inadequação dos recursos humanos atualmente disponíveis no mercado de trabalho e a formação fragmentada dos profissionais recém-egressos das universidades dificultam a inserção desses novos profissionais na proposta de Atenção Básica e da Saúde da Família.

Iniciativas para modificar esse quadro vêm sendo encaminhadas, como a criação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para o pessoal de saúde da família, financiados com recursos do REFORSUS.

Com os Pólos, buscou-se um espaço de articulação de instituições voltadas à formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos em Saúde vinculados às universidades ou outros núcleos de nível superior, que juntamente com as Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde buscam implementar programas destinados às equipes do PSF, de forma integrada entre o ensino e o serviço.

O processo de descentralização dos pólos de capacitação encontra-se em fase final de discussão, e deverá ser coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Pela proposta, serão repassados recursos aos municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes, reforçando a autonomia municipal de execução e o papel coordenador das SES, que ficarão responsáveis pela aprovação e acompanhamento dos planos de trabalho dessas iniciativas.

Outra iniciativa visando a uma mudança mais profunda na formação de recursos humanos iniciou-se em 2002 com o Projeto de Incentivo a Mudanças Curriculares no Curso de Medicina (PROMED). A expectativa de um projeto como o PROMED é de desenvolver um processo formativo centrado nas necessidades sociais, enfatizando a idéia de integralidade e da promoção da saúde, buscando o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Isso porque as mudanças econômicas e sociais, bem como no perfil epidemiológico, e a incorporação de novas tecnologias, trazem novas demandas aos serviços. Conseqüentemente, a formação do médico deverá sofrer adaptações buscando articular conhecimentos de diversos campos de saber. Torna-se necessário ampliar as abordagens multidisciplinares, superando-se a simples agregação de disciplinas.

Assim, as mudanças na formação dos médicos, segundo o PROMED, deverão atender aos seguintes aspectos: currículos visando contribuir na formação de médicos gerais e de família; orientação do ensino levando em conta o desenvolvimento regional das áreas mais carentes de médicos e demais profissionais de saúde; incorporação de novas abordagens para a formação ética e humanística dos médicos.

Outro problema enfrentado pelos gestores é a ausência ou insuficiência, e a dificuldade de fixação de profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, em alguns municípios brasileiros, particularmente aqueles de pequeno porte e mais distantes dos grandes centros urbanos. Essa realidade é confirmada pelos números relativos a proporção de médicos por unidade da federação. No Maranhão e Amapá, a relação médico/habitante é de 0,66/1.000 e 0,78/1.000, respectivamente, enquanto no Distrito Federal esta relação é de 5,51/1.000. A relação entre o número de médicos por habitante nas capitais é, na média nacional, seis vezes maior que nas cidades do interior.

Nesse cenário, surgiu o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, criado por decreto presidencial e regulamentado por meio de portarias ministeriais, para atender às populações de municípios desprovidos ou com precários serviços de atenção à Saúde. Por meio de incentivos financeiros e de formação profissional aos participantes, pretende-se induzir a formação de equipes de Saúde, segundo princípios e diretrizes do Programa de Saúde da Família.

Para incentivar a adesão de médicos e enfermeiros, buscou-se estabelecer uma série de benefícios aos profissionais participantes, como tutoria e supervisão continuadas, participação em cursos, material instrucional e bibliográfico; curso de especialização em saúde da família, com carga horária de 360 horas, de forma presencial e a distância; condições adequadas ao desempenho de suas atividades, tais como instalações, equipamentos e insumos; bolsa mensal, a título de incentivo e ajuda de custo, variando de R\$ 4.000,00 a R\$ 4.500,00, para médicos, e de R\$ 2.800,00 a R\$ 3.150,00, para enfermeiros, de acordo com critérios de distância do município de atuação à capital e vias de acesso, seguro obrigatório de vida e acidentes pessoais correspondente ao período de participação no Programa; moradia, alimentação e transporte para o desenvolvimento de suas atividades.

Na escolha dos municípios foram estabelecidos critérios de elegibilidade, tais como ter população de até 50 mil habitantes; ter taxa de mortalidade infantil acima de 80 por mil nascidos vivos; ou serem considerados prioritários no controle da malária e/ou da hanseníase e tuberculose.

Em um ano de implementação, a proposta foi desenvolvida em 142 municípios, distribuídos em 16 Estados das regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, além do norte de Minas Gerais, envolvendo 408 médicos e enfermeiros.

Em 2002, com a ampliação do programa, novos municípios foram contemplados, estendendo-se para 20 o número de Estados beneficiados, num total de 216 municípios envolvidos.

O processo de avaliação do Programa em 2001 apontou, entre outros resultados: grande receptividade ao programa por parte da comunidade; melhoria da qualidade de assistência à saúde; contribuições na organização dos serviços locais de saúde; contribuição na reativação dos Conselhos Municipais de Saúde; melhora na cobertura vacinal, puericultura, assistência pré-natal, prevenção do câncer ginecológico e no controle da hipertensão arterial, diabetes, hanseníase e doenças sexualmente transmissíveis entre outros.

Entre as fragilidades apontadas, está o desconhecimento, por parte de alguns gestores municipais, dos princípios do PITS e da estratégia de Saúde da Família, o que pode comprometer o bom desempenho de ambos os programas naquelas localidades; o descumprimento da contrapartida municipal pelos gestores, levando ao não atendimento das condições especificadas no PITS e as dificuldades em estabelecer um sistema de atendimento à população de referência especializada e contra-referência.

É importante salientar a necessidade de somar a essa outras iniciativas que possam avançar no sentido de uma maior equidade na distribuição dos recursos humanos do SUS em todo o País, visando ao desenvolvimento dos sistemas locais de saúde.

11.10 PESQUISAS DA ATENÇÃO BÁSICA

Um dos eixos do processo de avaliação e acompanhamento desenvolvido pelo DAB é o das pesquisas qualitativas. Vários estudos foram desenvolvidos pelo próprio Departamento, como o monitoramento das equipes do PSF e outros, em parceria com entidades, como o Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Universidade de Campinas, o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a Fundação de Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico da ENSP (ENSPTEC) da Fundação Oswaldo Cruz, entre outras.

Alguns exemplos dessas pesquisas encontram-se disponíveis no Ministério da Saúde, como a “Determinação e Avaliação do Custo do Programa de Saúde da Família - PSF”, “Determinação do

Custo e Avaliação do Impacto da Implantação da Parte Fixa do Piso de Atenção Básica - PAB”, pesquisas do Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família (PROESF) como a de Indicadores de Monitoramento da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos, a da Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos e a da Análise de reestruturação dos modelos assistenciais de saúde em grandes cidades: padrões de custo e formas de financiamento, “Avaliação do desenvolvimento dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente para Pessoal de Saúde da Família”, “Condições de Saúde Bucal da População Brasileira nos anos 2000/2001 (SB 2000)”, entre outras.

11.11 NOVOS PROJETOS

Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família

O Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde que tem por objetivos expandir e qualificar o PSF em municípios com população superior a 100 mil habitantes, ampliar a capacitação de profissionais para a saúde da família e aprimorar sistemas de avaliação e monitoramento para todos os municípios brasileiros. Com o apoio do Banco Mundial, o projeto prevê um volume total de recursos de US\$ 550 milhões, sendo 50% desses recursos oriundos de empréstimo do Banco e 50% de contrapartida do governo federal. O prazo de execução do projeto é de sete anos, com término previsto para 2008.

As linhas de ação previstas encontram-se distribuídas nos seguintes componentes:

Componente 1 - Apoio à Conversão do Modelo Assistencial para a Estratégia de Saúde da Família nos municípios com população acima de 100 mil habitantes. As linhas de investimento incluem modernização institucional; adequação da rede de serviços; fortalecimento dos sistemas de avaliação e informação e; desenvolvimento de recursos humanos (treinamentos e supervisões).

Componente 2 - Desenvolvimento de Recursos Humanos, incluindo: capacitação e educação permanente; formação em Saúde da Família e; apoio e monitoramento das atividades de desenvolvimento de recursos humanos.

Componente 3 - Monitoramento e Avaliação, incluindo: adequação e consolidação do sistema de monitoramento da atenção básica; avaliação da implementação do PSF e dos Pólos de Capacitação de Recursos Humanos; qualificação das unidades básicas de saúde e instituições formadoras de recursos humanos e; projetos de pesquisa e Fundo de Pesquisa em Saúde;

O Projeto contempla duas vertentes no que diz respeito aos municípios brasileiros. A primeira delas refere-se à conversão do modelo tradicional de organização dos serviços de atenção básica pela

estratégia de Saúde da Família, tendo como objeto potencial os 226 municípios brasileiros com população superior a 100 mil habitantes. Desse conjunto de municípios pretende-se financiar municípios selecionados mediante avaliação das propostas apresentadas, com base em critérios pré-determinados. Como o projeto pretende, ao final dos 7 anos, alcançar uma cobertura populacional de cerca de 60% nos municípios selecionados, um dos critérios iniciais de adesão é a meta de cobertura de 70% da população nos municípios que têm entre 100 e 500 mil habitantes, 50% nos municípios entre 500 mil e 2 milhões de habitantes, e 40% naqueles que têm mais de 2 milhões de pessoas.

Na perspectiva da reorganização dos serviços, a proposta de conversão traduz-se em investimentos para efetivar as Unidades/Equipes de Saúde da Família como porta de entrada do Sistema e assegurar a assistência integral à saúde da população. Para isso, prevêem-se estratégias e recursos tanto para estruturação e reestruturação de serviços nos diversos níveis de complexidade, quanto para orientar a sua organização em redes integradas, com sistemas de referência e contra-referência.

SIAB plus (SIA/SIAB)

A implantação do PSF foi acompanhada pelo desenvolvimento de um sistema de informação específico denominado Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Apesar da denominação, esse sistema na realidade restringiu-se ao PSF e PACS, e os municípios acabaram obrigados a manter dois sistemas, o SIA/SUS e o SIAB. Além desses, outros sistemas de informação que buscavam atender a demandas específicas de programas do MS foram criados como o SISHIPERDIA, o SISPRENATAL, SISCOLO, Bolsa alimentação, além dos já existentes como o SI/PNI, sob a gestão do CENEPI/FUNASA, cada um com diferentes entradas para os dados. Todas as mudanças relatadas, que vem ocorrendo na atenção básica, acabaram por demandar uma articulação desses sistemas.

Desde junho de 2001, a discussão sobre a articulação dos sistemas de informação vem acontecendo no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde, e culminou com a licitação realizada pelo DATASUS de um novo sistema para a atenção básica de saúde. O novo sistema buscará garantir entrada única de dados e integração com os Sistemas do Cartão Nacional de Saúde, CADSUS, SISREG, SCNES e repositório de tabelas.

Assim iniciou-se o desenvolvimento de um novo sistema de informação denominado SIAB plus. Esse sistema encontra-se em fase de teste em municípios piloto e deverá iniciar sua implantação em 2003.

12. PROGRAMAS ESTRATÉGICOS

Neste capítulo serão apresentados programas estratégicos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, por áreas temáticas, com os seus objetivos, forma de financiamento e principais linhas de ação.

Saúde Bucal

A área técnica de saúde bucal do Ministério da Saúde tem como objetivo definir e implantar, em âmbito nacional, políticas públicas com o objetivo de reorientar as práticas de intervenção na área, melhorar os índices epidemiológicos e ampliar o acesso da população a serviços de promoção, proteção e recuperação, mediante a inclusão da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família.

A portaria GM/MS nº 1.444/00 criou o incentivo de saúde bucal municipal para cada equipe implantada na rede básica. O município recebe R\$ 5.000,00 para estruturar a unidade de saúde, em uma única parcela no ato de cadastramento de cada equipe. Para a manutenção das equipes, são repassados mensalmente, por meio do PAB, incentivos que variam de R\$ 1.333,33 a R\$ 1.883,33, por equipe, de acordo com a sua composição.

Alimentação e Nutrição

A área técnica de alimentação e nutrição do Ministério da Saúde tem como propósito garantir a qualidade dos alimentos consumidos no País, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade à desnutrição.

Com o objetivo de combater a mortalidade infantil e a desnutrição em famílias de baixa renda, foi lançado o Programa Bolsa Alimentação. Por esse programa são beneficiadas gestantes, mães que estão amamentando bebês de até seis meses e crianças de até seis anos e onze meses de idade, de famílias com renda mensal de até R\$ 90,00 per capita. Cada família cadastrada recebe R\$ 15,00 por pessoa atendida, podendo chegar até R\$ 45,00/mês. Para receberem o incentivo, as famílias devem ser cadastradas pelo município junto à Caixa Econômica Federal.

Saúde da Mulher

A área técnica da saúde da mulher do Ministério da Saúde tem como objetivo definir as políticas públicas na área da mulher, coordenar e assessorar os Estados na sua implantação, buscando a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde e a redução da morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal. Em 2 de junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa

de Humanização do Pré-natal e Nascimento, pelas portarias GM/MS de números 569, 570, 571 e 572, que também estabelecem incentivos para sua implantação.

Para receberem o incentivo do Ministério da Saúde, os Estados e municípios devem assinar termos de adesão, em que se comprometem a implantar as ações dos três componentes do programa. Esse incentivo está distribuído da seguinte forma:

- a) componente I – Assistência Pré-Natal: até R\$ 90,00 da primeira consulta até a realização do parto. A fonte desses recursos é o FAEC e o processamento via APAC, conforme tabela do SIH/SUS e SISPRENATAL;
- b) componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal: esses repasses são feitos por convênios com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e com hospitais filantrópicos e públicos. A fonte destes recursos é o REFORSUS;
- c) Componente III: Melhoria da Qualidade da Assistência ao Parto: são recursos adicionais e alteram a sistemática de pagamento dos serviços de tabela SIH/SUS (portaria GM/MS nº 571/00).

Saúde da Criança

A área técnica da saúde da criança do Ministério da Saúde tem como objetivo definir as políticas públicas na área da criança, além de apoiar e assessorar as Secretarias Estaduais de Saúde na implantação dessas políticas, com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade infantil.

Os principais projetos e programas em implantação no País para fortalecimento das ações na área da criança são:

- Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
- Carteiro Amigo;
- Rede Nacional de Bancos de Leite;
- Mãe Canguru;
- Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); e
- Campanha Nacional de Registro de Nascimento.

Saúde do Adolescente e do Jovem

A área técnica saúde do adolescente e do jovem do Ministério da Saúde tem como objetivo definir e coordenar as políticas de saúde voltadas à organização de serviços de atenção aos adolescentes e aos jovens na faixa etária dos 10 aos 19 anos, além de assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde na implantação das ações.

DST/Aids

A Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde é responsável por definir e promover, em âmbito nacional, a implantação de políticas de saúde voltadas à prevenção da transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e do HIV/Aids, e também do uso indevido de drogas. Atua nas mais diversas áreas, como prevenção, assistência, pesquisa e direitos humanos. Apóia as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde no desenvolvimento institucional e da Vigilância Epidemiológica; na implantação de Centros de Aconselhamento e Testagem Anônima; na capacitação de profissionais; na garantia e distribuição de medicamentos anti-retrovirais, testes rápidos e tratamento para gestantes HIV positivas; e na realização de campanhas educativas em massa, na mídia nacional

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da portaria GM/MS 2.313, de 19 de dezembro de 2002, o incentivo para Estados, Distrito Federal e municípios no âmbito do Programa Nacional de HIV/Aids e outras DST. O repasse dos recursos deste incentivo será realizado de forma automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os respectivos fundos estaduais e municipais de Saúde, em conta específica, aberta automaticamente pelo FNS, e em duodécimos. Os Estados e Distrito Federal, uma vez qualificados para o recebimento do incentivo instituído, poderão pleitear recursos adicionais para a disponibilização da fórmula infantil às crianças verticalmente expostas ao HIV, durante os seis primeiros meses de vida, como importante ação para a redução da transmissão vertical do HIV.

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa à prevenção, ao diagnóstico, ao tratamento e ao controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, mediante a reorganização da rede básica dos serviços de saúde do SUS.

O objetivo deste plano é reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento e os gastos com tratamento de complicações e aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida da população.

Está sendo implantado pelas seguintes ações:

- (a) capacitação de multiplicadores para a atualização, em hipertensão arterial e diabetes mellitus, dos profissionais que atuam na rede básica do SUS;
- (b) campanhas de detecção de casos suspeitos de hipertensão arterial e diabetes mellitus, visando ao diagnóstico precoce, e intenso incentivo à adoção de hábitos saudáveis de vida;
- (c) confirmação diagnóstica de casos suspeitos e início da terapêutica;
- (d) cadastramento e vinculação às unidades básicas de saúde, dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus para o tratamento e acompanhamento.

A portaria GM/MS nº 371, de 4 de março de 2002, instituiu o Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes.

Hanseníase e Tuberculose

Visando à eliminação da hanseníase e ao controle da tuberculose, o Ministério da Saúde instituiu o incentivo para a ampliação da detecção de prevalência oculta de hanseníase no âmbito da atenção básica de saúde (portaria GM/MS nº 1.838/02) e o incentivo para o controle da tuberculose (portaria n.º 1.474 GM/MS de 19 de agosto de 2002).

Para que Estados e municípios façam jus ao incentivo, devem alimentar regularmente o SINAN e implantar a estratégia do tratamento supervisionado.

Estes incentivos são financiados pelo FAEC e repassados diretamente aos fundos estaduais e municipais de saúde.

Atendimento à Saúde no Sistema Penitenciário

Os Ministérios da Saúde e da Justiça lançaram em parceria o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que contempla ações de atenção básica à saúde, reforma de ambulatórios, aquisição de equipamentos, fornecimento de remédios, vacinas e coleta de material para exames laboratoriais e tem como objetivo assegurar atendimento médico e ações de promoção e prevenção à população carcerária do Brasil.

Para a adesão ao plano, as secretarias de Saúde, em parceria com as secretarias de Justiça dos Estados, deverão:

- (a) assinar um termo de compromisso;
- (b) elaborar o plano operativo do Estado, conforme orientação da portaria interministerial nº 628, de 2 de abril de 2002, e da portaria GM/MS nº 863, de 6 de maio de 2002;
- (c) submeter o plano operativo aos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde;
- (d) encaminhar esta documentação ao Ministério da Saúde.

Para garantir as ações previstas no plano, foi criado um incentivo para a atenção à saúde no sistema penitenciário no valor de R\$ 105,00 per capita /ano, sendo R\$ 75,00 do Ministério da Saúde e R\$ 30,00 do Ministério da Justiça.

Os recursos da área de Saúde serão repassados do FNS para os fundos estaduais mensalmente. As Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça participarão com uma contrapartida financeira aos recursos federais, que deverão constar no plano operativo de cada Estado.

Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências

A portaria GM/MS nº 737/01 instituiu a Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências e estabeleceu as diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais se incluem e se valorizam medidas inerentes à promoção da saúde, prevenção de agravos externos e atenção às vítimas de acidentes e violências.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, tem estabelecido parcerias com universidades, Estados e municípios para realização de estudos epidemiológicos sobre acidentes e violências, capacitação de recursos humanos para atendimento em urgências e emergências, regulação, e treinamento de profissionais de saúde para o atendimento pré-hospitalar. No âmbito dessa política, foram também tomadas as seguintes iniciativas:

- desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde para Acidentes e Violências;
- criação de assessorias técnicas estaduais na área de trauma e violência;
- instituição da obrigatoriedade da notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos no SUS (portaria GM/MS nº 1.968/01);
- regulamentação da informação via AIH de casos compatíveis com causas externas e com acidentes e doenças relacionadas ao trabalho (portaria GM/MS nº 1.969/01). para cada AIH devidamente preenchida a instituição receberá um incentivo de R\$ 2,38;
- desenvolvimento de campanhas educativas e desenvolvimento de projetos de prevenção ao suicídio, em parceria com o Centro de Valorização da Vida.

13. ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

No processo recente de implantação do SUS, foi dada uma significativa ênfase para a Atenção Básica, inclusive com a separação do seu financiamento do conjunto das ações de assistência à saúde. Desse processo resultou também a definição dos procedimentos que compõe a atenção básica.

O Ministério da Saúde definiu, por meio de diversas portarias, o rol de procedimentos considerados de Alta Complexidade, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, e aqueles que não foram classificados nem como da Atenção Básica nem de Alta Complexidade passaram ser considerados de Média Complexidade. A definição de um determinado procedimento como de Alta Complexidade decorreu muito mais da realidade de oferta no conjunto dos Estados do que de uma avaliação do seu nível de complexidade tecnológica.

Enquanto a Atenção Básica é claramente definida como de responsabilidade da gestão municipal, a Assistência de Média e Alta Complexidade depende do grau de descentralização presente no Estado. A gestão deste nível de complexidade da assistência somente cabe ao município quando esse se encontra em Gestão Plena do Sistema Municipal. Caso contrário é de responsabilidade da gestão estadual.

13.1 Financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade

O financiamento do SUS é realizado com recursos das três esferas de governo. Os recursos federais destinados à assistência para cada Estado compõem o “Limite Financeiro da Assistência”, integrado por recursos da Atenção Básica e da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Estes valores são disponibilizados mensalmente e base de 1/12 (um doze avos) dos valores totais publicados em portaria do Ministério da Saúde.

O Limite Financeiro da Assistência tem a seguinte sistemática de financiamento:

1) Atenção básica: assistência de baixa complexidade, que deve ser ofertada por todos os municípios, entre as quais citamos:

- a) controle da tuberculose e eliminação da hanseníase;
- b) controle da hipertensão e diabetes;
- c) ações de saúde bucal;
- d) saúde da criança;

e) saúde da mulher.

São ações financiadas com recursos transferidos automaticamente aos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, com base de cálculo no per capita (R\$ 10,00 habitante/ano) estabelecido pelo Ministério da Saúde.

2) Atenção Básica Ampliada: compreende a relação de procedimentos da Atenção Básica acrescida dos procedimentos citados no anexo 2 da NOAS/SUS 01/02, que são:

- a) atendimento médico de urgência com observação;
- b) assistência domiciliar por profissional de nível superior,
- c) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos;
- d) cirurgias ambulatoriais especializadas;
- e) ações especializadas em odontologia;
- f) teste imunológico de gravidez e eletrocardiograma.

Para esses procedimentos, o ministério definiu o per capita de R\$ 10,50 por habitante/ano.

3) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar: essa relação de procedimentos é financiada com recursos transferidos automaticamente aos Estados e municípios, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema, ou, no caso de Estados e municípios não habilitados, ou habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica ou Básica Ampliada, pelo pagamento aos prestadores de serviços de acordo com o limite financeiro definido em portaria do Ministério da Saúde.

A mudança na forma de alocação de recursos é uma preocupação constante no esforço de diminuir desigualdades e garantir acesso. A partir da implantação da NOAS/SUS 01/01, o Ministério da Saúde estabeleceu o valor de R\$ 6,00 habitante/ano como o per capita nacional para o financiamento do conjunto de procedimentos do nível M1. Os Estados que possuem o per capita inferior a esse valor receberão recursos para compensar a diferença. Esses recursos serão incorporados ao Limite Financeiro do Estado quando da qualificação das microrregiões de saúde, conforme prevê o Plano Diretor de Regionalização.

4) Ações estratégicas: são financiadas pelo Ministério da Saúde por meio do FAEC, independente da condição de gestão em que o Estado ou o município estejam habilitados. Os procedimentos estratégicos não têm limite financeiro por unidade federada, já que se constituem em uma proposta de indução da oferta.

O FAEC foi criado pelo Ministério da Saúde em abril de 1999, por meio da portaria GM/MS nº 531. O objetivo foi o de garantir o financiamento pelo gestor federal de procedimentos de Alta

Complexidade em pacientes com referência interestadual ou procedimentos decorrentes de ações consideradas estratégicas pelo MS. O Ministério da Saúde estabelece em uma tabela de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, o valor a ser pago aos prestadores de serviços.

13.2 INCENTIVOS (FIDEPS E INTEGRASUS)

O Ministério da Saúde estabeleceu alguns incentivos aos hospitais integrantes do SUS, objetivando o aprimoramento da assistência prestada, a melhoria da infraestrutura dos serviços e o estabelecimento de parcerias na identificação de prestadores solidários ao Sistema. Esses incentivos são descritos a seguir.

FIDEPS

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento ao Ensino e Pesquisa (FIDEPS) foi criado pela portaria conjunta SAS/MS e SES/MEC nº 1, de 16 de agosto de 1994. Para receber o FIDEPS, o hospital deve ser de ensino ou universitário, integrar as Centrais de Regulação do Estado e/ou município, e cumprir as metas estabelecidas pelo gestor estadual ou municipal no Contrato de Gestão. O Contrato de Gestão é o instrumento de acompanhamento que define os compromissos do prestador com o Sistema, devendo ser avaliado anualmente.

A portaria GM/MS nº 1.127, de 31 de Agosto de 1999, acrescentou novos critérios para que os hospitais de ensino recebam este incentivo. O FIDEPS é um valor adicional àquele recebido pelo hospital pela prestação de serviços. Esse valor é mensal e definido pelo gestor de acordo com a disponibilidade do Limite Financeiro para a Assistência e o nível de parceria do prestador com o Sistema. O recurso é transferido ao hospital pelo Ministério da Saúde via Fundo Nacional de Saúde, diretamente na conta do prestador.

O Incentivo poderá ser suspenso ou ter seus valores revistos pelo atendimento parcial ou não cumprimento das metas definidas. O FIDEPS está incluído no Limite Financeiro da Assistência dos Estados e municípios.

INTEGRASUS

O Integrasus é o incentivo criado pelo Ministério da Saúde para os hospitais filantrópicos sem fins lucrativos que atendam às exigências da portaria GM/MS nº 878, de 8 de maio de 2002. É repassado aos hospitais como valor adicional, de acordo com o nível em que os mesmos se enquadrem.

O nível A é destinado a todo hospital filantrópico sem fins lucrativos que atendam aos seguintes aspectos:

- a) estar devidamente registrado nos órgãos competentes federais, estaduais e municipais;
- b) que tenham certificado de filantropia emitido pelo Conselho Nacional de Assistência Social;
- c) ter no mínimo 60% de aproveitamento na avaliação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares;
- d) informar as internações de pacientes não usuários do SUS por meio do sistema de Comunicação de Internação Hospitalar (CIH);
- e) ter no máximo 10% de cartas de usuários devolvidas por erro de preenchimento e não ter denúncias comprovadas de cobrança indevida e de mau atendimento aos usuários.

O hospital enquadrado nesse nível tem um acréscimo de 8% sobre os serviços prestados.

Para o nível B o acréscimo é de 15%, sendo que o hospital além de atender aos requisitos anteriormente citados, deve ser identificado pelo gestor estadual para esse nível.

São identificados no nível C os hospitais que atendem aos requisitos citados para o nível A e são considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde. O valor adicional para esse nível é de 25%. Tanto para o nível B como para o nível C, foram estabelecidos os quantitativos máximos de hospitais por Estado a serem contemplados com o incentivo. O INTEGRASUS é pago pelo Ministério da Saúde com recursos de FAEC.

13.3 PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E ESTRATÉGICOS

O Limite Financeiro para Assistência de Média e Alta Complexidade é composto pro procedimentos ambulatoriais e hospitalares.

Procedimentos Ambulatoriais

O elenco de procedimentos ambulatoriais é dividido em Atenção Básica, Média Complexidade, Alta Complexidade e estratégicos. São considerados procedimentos de Média Complexidade ambulatorial as consultas das diferentes especialidades médicas e os procedimentos de diagnose e terapias.

Os procedimentos da Atenção Básica correspondem aos grupos de 1 a 7 da tabela do SIA/SUS. O elenco da Alta Complexidade ambulatorial é composto pelos procedimentos listados no anexo da portaria SAS/MS nº 968, de 11 de dezembro de 2002. Entre esses procedimentos temos a tomografia, o estudo hemodinâmico, a quimioterapia e a ressonância magnética.

Os procedimentos estratégicos também são listados no anexo da portaria acima citada. Entre os procedimentos estão a terapia renal substitutiva (TRS) e os procedimentos referentes ao Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero.

Os demais procedimentos são considerados de Média Complexidade (veja o item 15.4 a seguir).
Procedimentos Hospitalares

O elenco de procedimentos hospitalares é dividido em Média Complexidade, Alta Complexidade, e estratégicos.

São considerados procedimentos hospitalares de Alta Complexidade todos aqueles que demandem tecnologias sofisticadas e profissionais especializados como por exemplo, a cirurgia cardíaca, a neurocirurgia, a cirurgia oncológica e alguns procedimentos da ortopedia (definidos na portaria SAS/MS nº 968/02).

Os procedimentos estratégicos também são definidos na portaria mencionada, e entre esses temos os transplantes, as gastroplastias, e os mutirões de cirurgias eletivas.
Os demais procedimentos são considerados de Média Complexidade.

Ações Estratégicas

São procedimentos para os quais o Ministério da Saúde tem políticas de indução para ampliação da oferta de serviços, tais como transplantes – incluindo os medicamentos–, cirurgias eletivas, prevenção do câncer do colo de útero, entre outros, bem como os procedimentos que, ao serem incorporados na tabela, não apresentam série histórica definida para dimensionar o seu impacto financeiro nos Estados e municípios.

13.4 A NOAS/SUS 01/2001 E A MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL

O conjunto de procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade é composto por aqueles cuja oferta exige profissionais especializados e a incorporação de recursos tecnológicos, e que não são oferecidos em todos os municípios pela equação do custo-benefício ou mesmo pela oferta limitada. A partir de 2001, com a publicação da NOAS/SUS 01/01, a relação de procedimentos de Média Complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) passou a ser agrupada em três níveis, chamados de M1, M2 e M3.

O M1 é o elenco mínimo da Média Complexidade ou primeiro nível de referência intermunicipal a partir da atenção básica. Constituem os procedimentos do nível M1 um conjunto mínimo de serviços de diagnose e terapias com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais (NOAS/SUS 01/02).

São considerados procedimentos do elenco do M2 cinco especialidades médicas: oftalmologia,

cardiologia, cirurgia geral, psiquiatria e ortopedia; além de procedimentos de diagnose e terapias mais complexos que do M1. No elenco de procedimentos do M3 estão as seguintes especialidades médicas: alergia e imunologia, homeopatia, cirurgia vascular, pneumologia, angiologia, oncologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, hematologia, infectologia, nefrologia, neurocirurgia, neurologia, otorrinolaringologia, cirurgia torácica, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, genética clínica, geriatria, proctologia, reumatologia, tisiologia, urologia, e procedimentos de diagnose e terapia mais complexos que os do M2. Em função da estrutura física e de recursos humanos que esses procedimentos requerem, a oferta deste elenco deve ser feita em município pólo de microrregião ou macrorregião.

O Ministério da Saúde publicou, por meio da portaria GM/MS nº 1.188, de 26 de junho de 2002, aumentou os valores das consultas especializadas do elenco do M2 e M3 e criou o Piso para Consultas Especializadas (PCE) no valor de R\$ 3,39 por habitante/ano. Esse valor foi definido pela média nacional, sendo que os Estados que estavam com seu per capita inferior ao PCE receberam recursos financeiros adicionais para adequarem a oferta de consultas especializadas ao parâmetro nacional, definido entre 0,5 a 0,75 consulta de especialidade por habitante/ano.

13.5 INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO, PROGRAMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA ASSISTÊNCIA.

A elaboração do planejamento e da programação das ações e serviços de saúde exige o conhecimento das necessidades e demandas da população, do perfil epidemiológico, dos recursos disponíveis e da definição de parâmetros de cobertura assistencial. Toda agregação de nova tecnologia e instalação de serviços deve ser precedida de análise de efetividade comprovada, na escala adequada às necessidades de acesso, tendo em vista a discriminação de procedimentos necessários e não de conveniência.

Alguns instrumentos disponíveis no Sistema de Saúde devem ser utilizados para o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde:

- (a) a Agenda de Saúde com o Quadro de Metas de conformidade com o Plano Estadual de Saúde que deve direcionar todo o processo de elaboração da programação;
- (b) a Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, que contém todas as informações sobre os recursos disponíveis nos serviços;
- (c) as Centrais de Marcação de Consultas, Exames e Leitos e as Centrais de Regulação que são poderosos instrumentos para o gestor identificar demandas reprimidas, localizando as áreas geográficas com maior carência de ações e serviços.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um processo instituído para a alocação dos recursos assistenciais nos Estados e municípios. A sua elaboração deve se dar de forma ascendente, com base municipal, explicitando as responsabilidades de cada município na garantia do acesso da população aos serviços e ações de saúde, tanto pela oferta existente no próprio município, quanto pelo encaminhamento a outros municípios. É resultante dos pactos entre gestores, das prioridades e metas assistenciais, definição de fluxos das redes de serviços, bem como da alocação dos recursos financeiros, discriminando os recursos destinados à assistência da população própria e da população referenciada.

É fundamental o papel das Secretarias Estaduais na coordenação e formalização dos pactos de referência e contra-referência entre os gestores municipais, garantindo desta forma o acesso da população aos serviços de saúde e a equidade na alocação dos recursos.

O tratamento fora do domicílio (TFD) deve fazer parte da PPI estadual, garantindo recursos assistenciais para as necessidades de encaminhamento de pacientes para fora do Estado. Cabe ao gestor estadual definir os critérios – para quais tratamentos será facultada a autorização do TFD intermunicipal e interestadual, quando não disponíveis no Estado – rotinas e fluxos para sua utilização, as suas responsabilidades e as do gestor municipal, em coerência com o PDR da Assistência à Saúde e a PPI. A portaria SAS/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999, estabeleceu as normas do TFD.

O Ministério da Saúde editou, ainda, duas portarias de orientação aos gestores, estabelecendo critérios para o processo de elaboração e implantação da PPI: a portaria GM/MS nº 1.020, de 31 de maio de 2002, que definiu os objetivos e diretrizes da PPI e a portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que estabeleceu os parâmetros de cobertura assistencial do Sistema de Saúde.

Para maior embasamento do processo de programação, recomenda-se a leitura do documento “Organização e Programação da Assistência: Subsídios para a Programação da Assistência Ambulatorial e Hospitalar”, divulgado pela Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

13.6 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Para o acompanhamento e pagamento dos procedimentos realizados pelos prestadores de serviço ao SUS são utilizados dois sistemas: o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), para a área ambulatorial, e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), para a área hospitalar.

SIA/SUS

O SIA/SUS compreende todos os procedimentos ambulatoriais e tem por base as informações do cadastro dos prestadores de serviços e da programação física e financeira de cada grupo de procedimentos. Os prestadores de serviço têm um limite físico e financeiro estabelecido conforme a programação definida pelo gestor e sua capacidade instalada.

A criação das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo/Complexidade (APAC) melhorou significativamente o controle e a análise dos procedimentos ambulatoriais, evitando-se a possibilidade de fraudes contra o SUS. O sistema permite a identificação do paciente por meio do CPF, sendo obrigatório à autorização prévia do gestor e a emissão de APAC para todo elenco de procedimentos da Alta Complexidade Ambulatorial.

Além disso, as APAC também servem de instrumento para a análise de informações epidemiológicas nas áreas de cirurgia ambulatorial especializada, patologia clínica, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, medicação e acompanhamento de pacientes, entre outras, além da Campanha Nacional de Redução da Cegueira Diabética.

SIH/SUS

O SIH/SUS tem por base o cadastro dos prestadores na área hospitalar, e realiza o processamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) emitidas pelo gestor estadual ou municipal, conforme a condição de gestão e o nível de responsabilidade assumida. A portaria GM/MS nº 1.101 de 12 de Junho de 2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial do SUS, recomenda que se considere que de 7 a 9% da população terão necessidade de internação durante o ano. A definição do parâmetro de internação a ser adotado em cada Estado depende de pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

A AIH é o instrumento usado pelo gestor para o acompanhamento dos procedimentos realizados durante a internação do paciente e para o pagamento para os prestadores. A partir da emissão da AIH para o prestador, este tem 180 dias para apresentação para pagamento, a contar da data da alta do paciente.

A tabela do SIH/SUS estabelece pagamento por procedimentos separando-os em componentes: Serviços Profissionais (SP), Serviços Hospitalares (SH), e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias (SADT), Atos Profissionais, Materiais Especiais, Medicamentos e Órteses e Próteses. Em 9 de Julho de 2002, o Ministério da Saúde aumentou os valores da tabela do SIH/SUS com a edição da portaria GM/MS nº 1.258. Esse aumento era uma demanda dos gestores e prestadores, pois vários procedimentos estavam com valores defasados em relação aos custos de sua realização, o que limitava em muito a sua oferta para os usuários do SUS.

O SIH/SUS não possibilita a programação física nem financeira por prestador, embora realize consistências com relação ao número de leitos, diárias de UTI, cadastro para realização de procedimentos de Alta Complexidade. Esta limitação dificulta o acompanhamento e avaliação dos procedimentos hospitalares, por parte dos gestores. Todavia, podem ser estabelecidos limites financeiros utilizando-se variáveis como: custo médio das internações, complexidade dos serviços e quantidade de internações realizadas.

SIS-PPI

O Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada (SIS-PPI) foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde para apoiar o processo de programação da assistência, e contempla três etapas:

- (a) macroalocação dos recursos federais e estaduais a serem programados; e os parâmetros assistenciais recomendados para a programação dos recursos federais, definidos com o apoio do simulador para cada território;
- (b) programação da atenção ambulatorial básica, de média e de alta complexidade e a atenção hospitalar para cada território e a pactuação das referências, que deve resultar na composição dos tetos municipais, com a memória dos pactos que farão parte do anexo do Termo de Garantia de Acesso;
- (c) compatibilização das programações municipais e consolidação do teto estadual.

13.7 ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE: AS REDES ASSISTENCIAIS

O Ministério da Saúde tem buscado organizar e hierarquizar o Sistema por meio da implantação de redes assistenciais de saúde. São estabelecidos critérios de classificação e hierarquização dos serviços por nível, em ordem crescente de complexidade e agregação tecnológica. Por meio desse sistema de classificação de serviços são definidos incentivos financeiros para os prestadores. Alguns agregam percentuais sobre os atendimentos realizados, outros liberam procedimentos específicos para o prestador cadastrado. O gestor estadual é responsável pela análise das solicitações de cadastramento e o seu encaminhamento ao Ministério da Saúde, que, no caso de aprovação do pedido, providencia a publicação no Diário Oficial da União.

A conformação de Redes Assistenciais em cada Estado deve estar de acordo com o Plano Diretor de Regionalização.

Urgência e Emergência

O Ministério da Saúde instituiu em 1998 o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento das Urgências e Emergências. Por meio desse programa, o ministério alocou recursos financeiros nos Estados para a aquisição de equipamentos para a melhoria da infraestrutura dos serviços na área pré-hospitalar e para os hospitais de referência do Sistema Estadual de Saúde, para o treinamento das equipes que atuam nesses serviços, e também para a implantação de centrais de regulação.

A portaria GM/MS nº479, de 15 de abril de 1999, definiu os critérios para a classificação e inclusão dos hospitais nos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar de Atendimento às Urgências e Emergências. As unidades integrantes desse sistema recebem remuneração adicional, relativa aos procedimentos de internação hospitalar de urgência e emergência que realizam – e de acordo com uma classificação –, de 20% para o tipo I, 35% para o tipo II e 50% para o tipo III. A definição dos hospitais da rede de referência deve ser feita em função da sua capacidade de absorver a demanda e dos recursos humanos e tecnológicos disponíveis. Deve ser considerado também o Plano Diretor de Regionalização da Assistência de cada Estado.

A conformação da rede de referência em cada Estado deve ser alvo de constante avaliação por parte do gestor estadual. Vários equipamentos foram adquiridos e alocados nos serviços, na lógica da melhoria do acesso e da qualidade da assistência. O hospital pode ser descredenciado e os equipamentos podem ser realocados caso o serviço não cumpra requisitos estabelecidos pelo gestor, conforme determina a portaria mencionada.

Assistência ao Parto

O Ministério da Saúde, tomando em conta a necessidade de organizar e hierarquizar os serviços de assistência à gestante de alto risco, assim como qualificar recursos humanos que atuam em serviços que atendem gestantes de risco, iniciou em 1998 o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco.

As Secretarias Estaduais receberam recursos financeiros do ministério para a aquisição de equipamentos para possibilitar aos hospitais que atendem melhor a assistência à gestante e ao recém-nascido de risco; e também para o treinamento dos recursos humanos que atuam nesses serviços.

Os Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento à Gestante de Risco contam com unidades de referência secundária e terciária, para hierarquizar os diversos níveis de complexidade no atendimento a essas pacientes.

Para ser incluído no Sistema de Referência Secundário, o hospital deve destinar leitos obstétricos para atendimento à gestante de risco, dispor de ambulatório de atendimento pré-natal e planejamento familiar e dispor de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais.

Para a inclusão no Sistema de Referência Terciário, o hospital deve apresentar índice de cesarianas inferior a 40%, manter Comissão de Infecção Hospitalar e Comitê de Estudos de Mortalidade Materna e Neonatal, destinar leitos ao atendimento das gestantes de alto risco e garantir assistência pré-natal e planejamento familiar às essas gestantes. Também precisam dispor de leitos de UTI adulto e neonatal para o atendimento à gestante e ao recém-nascido de risco.

Os hospitais incluídos na rede de referência recebem um adicional de 20% sobre os procedimentos obstétricos que realizam. Cabe ao gestor estadual ou municipal, dependendo das prerrogativas compatíveis com a condição de gestão, realizar acompanhamento, supervisão e avaliação desses serviços. O hospital pode ser descadastrado, e os equipamentos podem ser realocados, caso seja constatado o não cumprimento das exigências de portaria e as normas estabelecidas pelo gestor.

Assistência a Pessoa Portadora de Deficiência Física

Com a publicação a portaria GM/MS nº 818, em 5 de junho de 2001, o Ministério da Saúde estabeleceu os critérios para a implantação das Redes Estaduais de Referência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, constituídas por:

- a) Serviços de Reabilitação Física – Primeiro Nível de Referência Intermunicipal;
- b) Serviços de Reabilitação Física – Nível Intermediário;
- c) Serviços de Medicina Física e Reabilitação;
- d) Leitos de Reabilitação em Hospital Geral ou Especializado.

O gestor estadual deve organizar e hierarquizar a rede de acordo com seu Plano Diretor de Regionalização e estabelecer os fluxos de referência e contra-referência. O ministério recomenda a instalação de um Serviço de Reabilitação Nível Intermunicipal para cada módulo assistencial. Para o Nível Intermediário e o de Medicina Física e Reabilitação, a portaria citada definiu os quantitativos máximos por Estado. A portaria SAS/MS nº 185, de 5 de junho de 2002, definiu os procedimentos e o elenco de órteses e próteses que os serviços cadastrados na rede podem fornecer, de acordo com a sua complexidade.

Os procedimentos de reabilitação Nível Intermunicipal deverão ser financiados com recursos do limite financeiro dos Estados. Os procedimentos do Nível Intermediário e de Medicina Física e Reabilitação, assim como as órteses e próteses, são financiados pelo FAEC.

O fornecimento de órteses e próteses é realizado apenas pelos serviços da Rede de Referência à

Pessoa Portadora de Deficiência Física, Níveis Intermediário e Medicina Física e Reabilitação. O Nível Intermunicipal deve encaminhar o paciente aos demais níveis quando esse necessitar de órtese ou prótese.

Assistência a Queimados

A assistência à pacientes com queimaduras está organizada de forma hierarquizada e integrada. A portaria GM/MS nº 1.273, de 21 de novembro de 2000, estabeleceu os critérios para organização e implantação das Redes Estaduais de Assistência a Queimados. A Rede é constituída por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Queimados.

Todo hospital cadastrado no SUS, que tenha as condições para o primeiro atendimento a queimados, pode participar da Rede. Para ser cadastrado como Centro de Referência, o hospital deve fazer parte do Sistema Estadual de Referência de atendimento de Urgência e Emergência. As Secretarias Estaduais devem estabelecer o fluxo de referência e contra-referência para o atendimento de pacientes com queimaduras e encaminhar ao Ministério da Saúde o processo de solicitação de cadastramento.

Cirurgia Cardíaca

Em 3 de abril de 2002, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS nº 640 estabelecendo os mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência Cardiovascular. A Rede é constituída por:

- Hospital Geral;
- Hospital Geral com Implante de Marcapasso Cardíaco Permanente;
- Centros de Referência I e II;
- Laboratório de Eletrofisiologia.

A portaria SAS/MS, nº 227, de 5 de abril de 2002, definiu os critérios e requisitos para a classificação e cadastramento dos novos serviços que constituem a rede, e deu prazos para os serviços já cadastrados atenderem às exigências da referida portaria. Os serviços de cirurgia cardíaca estão classificados em nível I e II. Foram também criados os Centros de Referência em Cirurgia Endovascular de Alta Complexidade, nível I e II, pela portaria SAS/MS nº 450, de 10 de julho de 2002.

Saúde do Idoso

A organização e implantação da Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso estão definidas pela portaria GM/MS nº 702 de 12 de Abril de 2002. Constituem a rede: a) Hospitais Gerais; b)

Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. As normas de cadastramento dos Centros de Referência em Assistência do Idoso estão discriminadas na portaria SAS/MS nº 249 de 16 de Abril de 2002. De forma complementar a organização da rede foi criado o Programa de Assistência aos Portadores de Alzheimer, sendo que os Centros de Referência são os responsáveis pelo diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos pacientes.

Saúde do Trabalhador

A portaria GM/MS n.º 1.679, de 19 de setembro de 2002, instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). O Ministério da Saúde estabeleceu que cada Estado deverá elaborar o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, organizando a Rede Estadual de Atenção à Saúde do Trabalhador, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização.

Serão organizados dois tipos de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST): Centro de Referência Estadual e Centro de Referência Regional, definidos por ordem crescente de complexidade, com uma série de atribuições descritas no anexo II da portaria citada.

A implantação dos CRST estaduais e regionais implica no treinamento de equipes de saúde, na contratação de novos profissionais, na aquisição de novos equipamentos, entre outras medidas estratégicas. A portaria prevê o pagamento de um incentivo adicional, incorporado ao teto financeiro dos Estados para adequação dos CRST existentes e para a implantação dos novos, de acordo com a classificação e porte.

Foram estabelecidas as normas para o cadastramento e habilitação dos CRST pela portaria SAS/MS nº 656, de 20 de setembro de 2002, sendo indispensável a apresentação do Plano Estadual de Saúde do Trabalhador. O processo de cadastramento deve ser encaminhado ao Ministério da Saúde para análise e parecer.

Existem, ainda, alguns projetos especiais em desenvolvimento, como a vigilância em benzeno, cuidados integrais em lesões por esforço repetitivo (LER) e o rastreamento de pneumoconioses (doenças do pulmão provocadas pela inalação de poeira, como por exemplo, do carvão).

Saúde Mental

Em 2002, o Ministério da Saúde avançou no processo de implantação do modelo de atenção à saúde mental extra-hospitalar. Várias portarias foram publicadas com o objetivo de organizar o atendimento em Saúde Mental. A portaria GM/MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002, estabeleceu as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria e para reclassificação dos hospitais psiquiátricos.

A portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, institui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o objetivo de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Os CAPS se classificam nas seguintes modalidades, definidos por ordem crescente de porte e complexidade e abrangência populacional.

- CAPS I: municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes;
- CAPS II: municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes;
- CAPS III: municípios com população acima de 200 mil habitantes;
- CAPS_i : serviço de atenção psicossocial para crianças e adolescentes e referência para uma população de 200 mil habitantes;
- CAPS_{ad} : serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com implantação em municípios com população superior a 200 mil habitantes.

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas foi instituído pela portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. O programa prevê a capacitação de recursos humanos da rede SUS e a implantação gradativa de 250 CAPS_{ad} em duas etapas, sendo 120 em 2002 e 130 em 2003. Os Estados e municípios que implantaram serviços novos nessa área ou adequaram os serviços existentes receberam um incentivo financeiro de R\$ 50.000,00, após avaliação do MS. A portaria SAS/MS nº 305, de 30 de abril de 2002, publicou as normas para cadastramento e funcionamento para o CAPS_{ad}. Os procedimentos realizados pelos CAPS são processados pelo sistema APAC e financiados pelo FAEC.

Para receberem recursos do Ministério da Saúde os antigos CAPS e NAPS devem ser recadastrados nas modalidades descritas acima, pelo gestor estadual, após parecer técnico do Ministério da Saúde. O mesmo procedimento deve ser feito com os novos centros implantados. Cada centro implantado será financiado, por meio do sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do FAEC, ou seja, não impacta sobre o limite financeiro do Estado ou município em gestão plena do sistema.

13.8 SISTEMAS DE ALTA COMPLEXIDADE

Neurocirurgia

A neurocirurgia faz parte do elenco dos procedimentos de Alta Complexidade. Em 1998, foram estabelecidos pela portaria GM/MS nº 2.920, de 9 de junho, os critérios para a inclusão de hospitais no sistema de alta complexidade em neurocirurgia nos níveis I, II e III. No caso da neurocirurgia, o nível do serviço define o elenco de procedimentos que o serviço pode realizar. O nível I é o menos complexo e o nível III o mais complexo. Todo o serviço cadastrado deve ter UTI e serviço de tomografia computadorizada.

O gestor estadual deve realizar acompanhamento e avaliações periódicas desses serviços visando verificar a atuação dos mesmos. As solicitações de cadastramento de novos serviços devem ser encaminhadas ao Ministério da Saúde.

Terapia Intensiva

Os hospitais que possuem UTI podem cadastrar seus leitos no SUS de acordo com os grupos etários que atendem (adulto, pediátrica, neonatal), ou especialidade, ou pela complexidade (tipo II e III). Ainda existem hospitais com cadastro de UTI tipo I, porém o sistema não permite que novos leitos sejam cadastrados nessa classificação. Recomenda-se que todo hospital de nível terciário, com capacidade superior a 100 leitos deve dispor de leitos de tratamento intensivo.

A portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, estabeleceu os critérios para a classificação e o cadastramento de leitos de UTI de acordo com a incorporação tecnológica, e a especialização dos recursos humanos. Quanto maior a complexidade do leito, maior é o valor da diária paga pelo SUS.

Em 25 de agosto de 1999, o Ministério editou a portaria GM/MS nº 1.091 criando a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, objetivando ampliar a oferta de leitos para a melhoria da assistência neonatal. O sistema de pagamento hospitalar faz crítica do número de diárias de UTI cobradas pelo hospital em cada fatura mensal pelo número de leitos cadastrados.

Assistência Oncológica

A política nacional na área da oncologia é definida e implementada pelo MS, contando com a colaboração técnica e do Instituto Nacional de Câncer (INCa), órgão vinculado ao Ministério com sede no Rio de Janeiro, que também coordena sua execução.

A assistência aos pacientes com neoplasias está organizada conforme as normas emanadas pelas

portarias: GM/MS nº 3.535, de 2 de setembro de 1998 e GM/MS nº 1.289, de 16 de julho de 2002. Os serviços são classificados em Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) nível I, II e III. Quanto mais complexo o serviço maior é o nível. Além dos CACON, existem os serviços isolados de quimioterapia e radioterapia. Esses serviços são autorizados excepcionalmente até que possam adquirir as condições de se tornar CACON.

Os CACON são serviços que oferecem assistência especializada e integral ao paciente com câncer. Devem atuar na prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento. A prestação da assistência deve ser feita de forma integrada.

Gastroplastia

Os pacientes portadores de obesidade mórbida contam no SUS com a realização do procedimento para redução do estômago e realização da cirurgia plástica reparadora. Conforme a portaria GM/MS nº 628, de 26 de abril de 2001, hospitais cadastrados ao SUS com leitos de UTI tipo II ou III, que dispõem de serviço de cirurgia Bariátrica podem se tornar Centros de Referência em Cirurgia Bariátrica.

Este procedimento é financiado pelo FAEC, ou seja, não impacta sobre o limite financeiro do Estado ou município habilitado em gestão plena do sistema.

Deformidades craniofaciais

Embora normatizada desde 19 de abril de 1994, pela portaria SAS/MS nº62, essa área teve um grande impulso em organização e consolidação de sua rede assistencial a partir de 1998. Como o tratamento das deformidades craniofaciais, por sua complexidade e especificidade, demanda serviços altamente especializados, equipes multiprofissionais, instalações e equipamentos bastante diferenciados, os Centros de Assistência têm uma abrangência bastante grande, macrorregional na maior parte dos casos, ou até mesmo nacional.

Essa área teve um incremento assistencial significativo com a normatização do implante coclear. Em outubro de 1999, foram estabelecidos os critérios de indicação e contra-indicação de implante coclear, e também as normas para cadastramento de Centros para a realização do procedimento.

Terapia Renal Substitutiva

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) compreende os procedimentos de hemodiálise, diálise peritoneal contínua e automática, bem como os procedimentos de preparação para o transplante renal, quando indicado. O serviço que é cadastrado no SUS recebe o paciente com indicação de

TRS e deve realizar todos os procedimentos de diagnose, implantação de cateteres, realização da terapia, acompanhamento do paciente. Deve garantir leitos para os casos que necessitam internações, bem como realizar os exames necessários para a manutenção do paciente na fila de receptor de rim para os casos que têm indicação para transplante renal.

A remuneração dos serviços é processada pela Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) apresentada mensalmente ao gestor. Na APAC são lançados todos os procedimentos realizados para o paciente, conforme a tabela de procedimentos do SIA/SUS. Desde a publicação da portaria GM/MS nº 1.112, em 13 de junho de 2002, esses procedimentos são pagos pelo FAEC, e, para o caso específico da TRS, têm limite financeiro por Estado.

13.9 MUTIRÕES PARA REDUÇÃO DE DEMANDAS REPRIMIDAS

Com o objetivo de diminuir as demandas reprimidas de alguns procedimentos, foram implantados diversos mutirões de cirurgias eletivas. Essas demandas quase sempre têm como gerador a alta prevalência do problema e a baixa oferta de serviços. Desde 1999 foram organizados vários mutirões de cirurgia de cataratas, varizes, próstata e outros solicitados pelos gestores tendo em vista a necessidade específica do Estado ou município.

Os mutirões foram uma estratégia de estímulo aos serviços para o atendimento da população, tanto pelo pagamento diferenciado do valor normal de tabela, como pela concentração na realização dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Todos os mutirões são pagos pelo ministério por meio do FAEC, portanto não onerando o teto financeiro de Estados e municípios.

13.10 SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTES

Os transplantes de órgãos e tecidos são regulados pelo gestor estadual. Esse processo é normatizado a partir de 1997, com a edição da chamada Lei dos Transplantes (Lei n.º 9.434, de 4 de fevereiro de 1997) e do Decreto n.º 2.268, de 30 de junho de 1997, que a regulamentou. A partir dessas definições legais, começou um intenso trabalho no Ministério da Saúde para implementar as medidas preconizadas, organizar o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), implantar as Listas Únicas de Receptores, criar as Centrais Estaduais de Transplantes, normatizar complementarmente a atividade, cadastrar e autorizar serviços e equipes especializadas, estabelecer critérios de financiamento, impulsionar a realização dos procedimentos e ainda adotar uma série de medidas necessárias ao pleno funcionamento do Sistema.

Em agosto de 1998, foi implantada, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde do MS, a Coordenação Nacional do SNT. Essa Coordenação é responsável pela normatização e regulamentação dos procedimentos relativos à captação, alocação e distribuição de órgãos. É também atribuição do órgão central do SNT credenciar centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos e autorizar estabelecimentos de saúde e equipes especializadas a promover retiradas, transplantes ou enxertos de tecidos, órgãos e partes do corpo.

Para exercer a sua função reguladora, a Secretaria Estadual de Saúde ou órgão similar deve estruturar uma Coordenação Estadual de Transplantes. Essa Coordenação tem o papel de cadastrar os centros captadores de órgãos e tecidos, identificar e treinar as equipes de abordagem intra-hospitalar, supervisionar e avaliar o funcionamento das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), manter atualizadas as listas de receptores e enviar relatórios à Coordenação do Sistema Nacional de Transplantes.

Como a atividade das Centrais Estaduais se dá no âmbito estadual e com o desenvolvimento e incremento das atividades de transplante no País, surgiu a necessidade da criação de uma estrutura que articulasse as ações interestaduais. Assim, em 16 de agosto de 2000, foi criada a Central Nacional de Transplantes, que funciona 24 horas por dia no Aeroporto Juscelino Kubistchek, em Brasília (DF). A Central Nacional articula o trabalho das Centrais Estaduais e provê os meios para as transferências de órgãos entre Estados atendendo às situações de urgência e evitando o desperdício de órgãos sem condições de aproveitamento na sua origem.

Com o objetivo de aumentar a captação de órgãos e apoiar as atividades da CNCDO, foi estabelecida a obrigatoriedade da existência de Comissões Intra-Hospitalares de Transplantes nos hospitais com UTI do tipo II ou III, hospitais de referência para urgência e emergência e hospitais transplantadores. Essas comissões desenvolvem, em seus hospitais, o processo de identificação de potenciais doadores em morte encefálica, a abordagem familiar para autorização, além da triagem clínica e sorológica. Também articulam com a CNCDO estadual e/ou nacional a formalização da documentação necessária e o processo de retirada e transporte de órgãos e equipes.

Todos os transplantes são pagos pelo Ministério por meio do FAEC, não onerando, portanto, o teto financeiro de Estados e municípios.

13.11 PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL

Considerando a necessidade de implantar medidas para a redução da morbi-mortalidade relacionadas às patologias congênitas no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu pela portaria GM/MS

nº 822, de 6 de junho de 2001, o Programa Nacional de Triagem Neonatal. O programa tem por objetivo o desenvolvimento de ações de triagem neonatal em fase pré-sintomática, acompanhamento e tratamento das doenças congênitas detectadas. As seguintes doenças congênitas fazem parte do programa:

- a) fenilcetonúria;
- b) hipotireoidismo congênito;
- c) doenças falciformes e outras hemoglobinopatias;
- d) fibrose cística.

Devido aos diferentes níveis de organização das redes assistenciais nos Estados o programa pode ser implantado nas fases I, II e III. A fase I compreende as ações para a identificação, acompanhamento e tratamento da Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito, na fase II acrescenta-se as doenças falciformes e na fase III a Fibrose Cística. As Secretarias Estaduais devem organizar os serviços para a coleta do exame do pezinho, definir os ambulatórios de referência, sendo que esses devem realizar os exames e o acompanhamento dos casos detectados.

14. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

14.1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 é o marco referencial para as profundas mudanças na área da saúde no Brasil, estabelecendo a universalidade do acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações, conceituando como princípio norteador que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

A instituição do Sistema Único da Saúde (SUS), pela lei 8.080/90, conhecida, juntamente com a lei 8.142/90, como a Lei Orgânica da Saúde (LOS), contempla os preceitos constitucionais e estabelece que, entre seus campos de atuação, está incluída a execução da “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” e entre as ações, “a formulação da política de medicamentos, (...) de interesse para a saúde (...)”.

A assistência farmacêutica no setor público sempre foi executada de forma centralizada, especialmente a partir de 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), inicialmente vinculada à Presidência da República e, posteriormente, ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Após a extinção desse ministério, a CEME passou à subordinação do Ministério da Saúde. Apesar da importância e do papel estratégico e coordenador previsto para a CEME – inclusive na área de pesquisa e desenvolvimento de fármacos –, nos anos que antecederam sua desativação em 1997, as atividades por ela desenvolvidas se resumiam quase que exclusivamente à aquisição e distribuição de medicamentos.

Esta centralização de atividades acarretou inúmeros problemas, merecendo destaque a programação de medicamentos em desacordo com as reais necessidades, resultando no excesso de alguns e em quantidades insuficientes de outros medicamentos na rede do SUS, com desperdício de insumos e de recursos financeiros.

No entanto, parcelas significativas da população, especialmente aquelas portadoras de doenças crônicas ou de patologias mais raras ou que demandavam medicamentos de custos elevados, eram desprovidas de qualquer tipo de acesso aos mesmos.

A desarticulação da Assistência Farmacêutica no País – em descompasso com as mudanças que vinham ocorrendo na área de saúde, especialmente com relação ao processo de descentralização do SUS –, e a irregularidade no abastecimento de medicamentos destinados à rede ambulatorial, culminaram com o processo de desativação da CEME. Estes fatos contribuíram para a formulação de novas diretrizes para a área de medicamentos, explicitadas na Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada em outubro de 1998.

14.2 A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde, foi editada pela portaria GM/MS nº 3.916, em 30 de outubro de 1998, após amplo debate que teve a participação de vários setores da sociedade envolvidos com o tema. Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, tendo como finalidade principal “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

Essa finalidade se baseia no princípio de que é necessário construir uma gestão na qual o medicamento possua relevância nas práticas assistenciais, contribuindo para melhorar as condições de vida e de saúde da população.

Para que seus objetivos possam ser alcançados, a PNM apresenta diretrizes e prioridades para o setor, incluindo a regulamentação para assegurar a qualidade dos medicamentos, a seleção, aquisição, armazenagem, distribuição e uso racional de medicamentos, a capacitação de recursos humanos e o desenvolvimento científico e tecnológico. Explicita, também as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação.

Diretrizes Estabelecidas na PNM

Adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) – embasa a elaboração das relações de medicamentos padronizados pelos Estados e municípios;

- Regulamentação sanitária de medicamentos – enfatiza questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para funcionamento de empresas e estabelecimentos da área farmacêutica, com monitoramento permanente da qualidade dos medicamentos, inclusive com implementação da farmacovigilância;
- Reorientação da assistência farmacêutica – a assistência farmacêutica é definida na PNM como “um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” ;
- Promoção do uso racional de medicamentos – concede atenção especial às informações relativas às repercussões sociais e econômicas do receituário médico e ao processo educativo dos

usuários e consumidores no uso de medicamentos; adequa os currículos de formação dos profissionais de saúde e orienta uma nova regulamentação da propaganda de produtos farmacêuticos;

- desenvolvimento científico e tecnológico – estimula medidas de apoio ao desenvolvimento da produção de fármacos;
- promoção da produção de medicamentos – focaliza especialmente os medicamentos essenciais, com participação dos laboratórios do sistema oficial;
- garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos – fortalece e apóia as ações de Vigilância Sanitária, destacando a importância do cumprimento da regulamentação sanitária e a existência de laboratórios de referência para realização de análises e testes de biodisponibilidade;
- desenvolvimento e capacitação de recursos humanos – esta diretriz é de fundamental importância, pois sem ela, o processo de operacionalização da PNM fica comprometido, devendo por esta razão merecer atenção especial de todos os níveis de gestão.

Prioridades Estabelecidas pela PNM

- Revisão permanente da RENAME – após quase duas décadas sem atualização, em 2000 o Ministério da Saúde publicou a versão atualizada da RENAME, revisada em 2002 pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME (COMARE), cujo regimento interno estabelece, entre outros, os critérios de seleção adotados. A RENAME deve ser o instrumento básico para a elaboração das listas estaduais e municipais, uma vez que contempla as patologias e agravos à saúde prevalentes no País.
- Reorientação da Assistência Farmacêutica – a estruturação da Assistência Farmacêutica (AF) é um dos grandes desafios que se apresentam aos gestores e profissionais do SUS, uma vez que sua reorientação propõe uma mudança no modelo de organização e na forma de gerenciamento, tendo por base uma nova lógica de atuação. Não deve se limitar apenas à aquisição e distribuição de medicamentos, exigindo para a sua implementação a elaboração de planos, programas e atividades específicas, de acordo com as competências estabelecidas para cada esfera de governo. O processo de descentralização exige que os gestores aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo o acesso, o uso racional e a integralidade das ações.

O processo de reorientação da AF proposto pela PNM e que vem sendo implementado no SUS está fundamentado:

- na descentralização da gestão;
- na promoção do uso racional de medicamentos;
- na otimização e na eficácia das atividades envolvidas na AF;
- no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços de produtos, viabilizando o acesso da população inclusive no âmbito privado.

A necessidade de construir uma nova gestão da assistência farmacêutica no SUS fundamenta-se na implementação desta nova prática nos Estados e municípios, sendo necessário, para isto, o desenvolvimento de ações estruturantes, com aplicação de novos conhecimentos, habilidades, ferramentas e técnicas, indispensáveis à qualificação e melhoria das atividades desenvolvidas. Engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade e promoção do uso racional, compreendendo a prescrição e utilização dos medicamentos.

Prevê que o processo de descentralização contempla a padronização dos medicamentos, o planejamento e a redefinição das atribuições das três instâncias de gestão do SUS.

Responsabilidades das Esferas de Governo no Âmbito do SUS

Gestor Federal

Cabe ao MS a implementação e avaliação da PNM. Abrangem a assistência farmacêutica os tópicos a seguir ressaltados:

- a) prestar cooperação técnica às demais instâncias do SUS;
- b) estabelecer normas e promover a AF;
- c) apoiar a organização de consórcios na área de assistência farmacêutica;
- d) promover o uso racional de medicamentos;
- e) promover pesquisas na área de AF; promover e disseminar experiências e informações técnico-científicas; implementar capacitação de RH; coordenar e monitorar os sistemas da PNM com a Vigilância Sanitária, a Vigilância Epidemiológica e a Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- f) destinar recursos para aquisição de medicamentos, mediante repasse fundo a fundo para Estados e municípios, definindo critérios para o mesmo;

- g) criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;
- h) promover a revisão, atualização e ajuste do grupo de medicamentos incluídos no custo de procedimentos relativos às tabelas do SIH e SIA/SUS;
- i) adquirir e distribuir produtos em situações especiais (...);
- j) orientar e assessorar os Estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais;
- k) orientar e assessorar os Estados e municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

Gestor Estadual

Constituem responsabilidade da esfera estadual:

- a) coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito para implementação desta política;
- b) promover a formulação da política estadual de medicamentos;
- c) prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento de suas atividades e ações relativas à AF;
- d) coordenar e executar a AF no seu âmbito;
- e) apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da AF ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;
- f) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- g) assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento de RH e a aplicação das normas pertinentes;
- h) participar na promoção de pesquisas na área de farmacêutica;
- i) investir no desenvolvimento de RH para a gestão da AF;
- j) coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a PNM, com as Vigilância Sanitária e Epidemiológica e a Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- k) implementar as ações de Vigilância Sanitária;
- l) definir a relação estadual de medicamentos, com base na RENAME, e em conformidade com o perfil epidemiológico do Estado;
- m) definir o elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo Estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, destinando orçamento adequado à sua aquisição;
- n) utilizar prioritariamente a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do Estado;
- o) investir em infra-estrutura das centrais farmacêuticas;
- p) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda;
- q) orientar e assessorar os municípios nos processos de aquisição;
- r) coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios.

Gestor Municipal

São responsabilidades do nível municipal:

- a) coordenar e executar a AF no seu âmbito;
- b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, para execução da AF;
- c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- d) treinar e capacitar RH para cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a PNM;
- e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas municipais básicos para a PNM, com as Vigilância Sanitária e Epidemiológica e a Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- f) implementar ações de VISA;
- g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- h) definir a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, com base na RENAME e no perfil nosológico da população;
- i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do Estado;
- j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos definidos no Plano Municipal de Saúde;
- k) utilizar prioritariamente a capacidade dos laboratórios oficiais nas aquisições;
- l) investir na infra-estrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

14.3 MEDICAMENTOS BÁSICOS

Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

Em dezembro de 1998, logo após a publicação da PNM e dando início ao processo de descentralização da AF preconizado pela mesma, foi estabelecido o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), com valores pactuados na Comissão Intergestores Tripartite. Em março de 1999, por meio da portaria GM/MS nº 176, foram estabelecidos os critérios e requisitos para os Estados e municípios se habilitarem a receber esse incentivo financeiro, condicionando a transferência do recurso federal à pactuação de contrapartida financeira dos Estados e municípios.

O valor proposto pelo MS e aprovado pela CIT foi de R\$2,00 por habitante/ano, com repasse de R\$ 1,00 por habitante/ano pelo gestor federal, e a contrapartida de, no mínimo, R\$ 1,00 por habitante/ano a ser pactuada entre os gestores estaduais e municipais nas respectivas Comissões Intergestores Bipartites.

No tocante ao gerenciamento do recurso financeiro do incentivo, a pactuação estabelecida é distinta nos diferentes Estados, variando desde a centralização total no Estado, até a descentralização total aos municípios. Além dessas, alguns Estados optaram por pactuações mistas, entre elas a centralização parcial no Estado e a descentralização parcial aos municípios. Estas pactuações levam em conta fatores distintos, entre eles a existência de laboratórios oficiais no Estado que cubram a sua demanda parcial ou totalmente e outros mecanismos de aquisição, como a formação de consórcio intergestores, com a finalidade de adquirir os medicamentos em escala, otimizando o uso dos recursos.

Os recursos federais destinados aos Estados e municípios qualificados são repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e/ou municipais de Saúde, em parcelas mensais correspondentes a 1/12 do valor estabelecido, proporcional ao número de habitantes dos municípios.

A portaria GM/MS nº 176/99 explicita também a responsabilidade do Ministério da Saúde pela aquisição de medicamentos utilizados em “doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou que põe em risco as coletividades e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores”.

Com base nestes critérios, o ministério assume a aquisição e distribuição às Secretarias Estaduais de Saúde dos anti-retrovirais para aids, dos medicamentos para tuberculose, hanseníase, sangue e hemoderivados (Fator VIII, Fator IX, Complexo Protrombínico e DDAVP), da insulina para diabetes, e dos medicamentos para doenças endêmicas.

Como condição para ter acesso a esse incentivo, a portaria GM/MS 176/99 estabelece a necessidade de os Estados elaborarem o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, atualizado e aprovado anualmente pelas CIB. Este Plano, fundamentado nas atividades de seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos no âmbito do Estado, nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis, na rede de serviços existentes, entre outros, deve contemplar:

- a) elenco de medicamentos para AF básica, a ser adquirido com este recurso financeiro;
- b) os mecanismos de adesão e responsabilidade dos municípios;
- c) o pacto de gestão do recurso, com estabelecimento dos valores das contrapartidas estaduais e municipais;
- d) a sistemática de programação, acompanhamento e avaliação da sua implementação no Estado.

Prestação de Contas do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica por Estados e Municípios.

Com a finalidade de regulamentar a portaria GM/MS nº 176/99, foi publicada em agosto de 2000 a portaria GM/MS nº 956, estabelecendo que os recursos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica devem ser movimentados na conta de transferência do Piso de Atenção Básica (PAB) do Fundo Municipal de Saúde (FMS) ou do Fundo Estadual de Saúde (FES), dependendo da pactuação feita em cada Estado. Da mesma forma, estabelece que os Estados serão responsáveis pelo acompanhamento, controle e avaliação da aplicação do incentivo nos municípios.

Atualmente o controle da aplicação dos recursos financeiros deste incentivo é feito por um programa informatizado denominado Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB), instituído pela portaria GM/MS nº 2.050, de novembro de 2001, o qual deve ser alimentado trimestralmente pelos Estados e municípios e encaminhado ao MS.

De acordo com avaliação realizada pela Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do MS, vários elencos de medicamentos pactuados nas CIB não contemplavam as necessidades do atendimento básico. Por esta razão, o MS estabeleceu um elenco mínimo e obrigatório publicado na portaria SPS/MS nº 16, de dezembro de 2000, que deve ser impreterivelmente adquirido com o IAFB.

Programa para a Aquisição de Medicamentos Essenciais para a Saúde Mental

A fim de atender de forma mais efetiva às necessidades de grupos específicos de pacientes, foi instituído, pela portaria GM/MS nº 1.077, de agosto de 1999, o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área de Saúde Mental na rede pública.

A coordenação e a implementação do programa cabem aos gestores estaduais, com aprovação pelas CIB dos critérios de seleção e distribuição. A mesma portaria estabelece o financiamento de 70% do valor total previsto como de responsabilidade do gestor federal, e 30% restantes do gestor estadual. Os medicamentos disponibilizados devem ser selecionados com base no grupo terapêutico dos medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central, constante da RENAME. Deve ser priorizada a oferta aos pacientes ambulatoriais, para os quais a falta de medicamentos leva à hospitalização.

Como o valor atual para este incentivo foi estabelecido com base na distribuição feita pela CEME no ano de 1998, o mesmo está bastante defasado em relação à necessidade, fazendo-se necessária uma substancial complementação pelos municípios

Medicamentos para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Recentemente, o MS ampliou o elenco de medicamentos básicos sob sua responsabilidade, disponibilizando antidiabéticos orais e medicamentos para hipertensão arterial, por meio de um programa de reorientação da atenção aos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial (portaria GM/MS nº 371, de março 2002). Estes medicamentos são adquiridos pelo MS e repassados diretamente aos municípios, mediante cadastro de pacientes no sistema Hiperdia, estabelecido pela portaria conjunta nº 2/02.

Farmácia Popular

O Ministério da Saúde, numa iniciativa isolada que se contrapôs à descentralização que vinha ocorrendo no gerenciamento da assistência farmacêutica básica, adquiriu e distribuiu, diretamente aos municípios, um elenco de medicamentos básicos.

A justificativa apresentada pelo MS para sua iniciativa foi a dificuldade detectada em alguns municípios e Estados no gerenciamento do IAFB. A necessidade de garantir o medicamento para dar suporte a algumas ações específicas da Atenção Básica, garantindo o acesso aos medicamentos aos usuários assistidos pelos mesmos, fez com que o MS estabelecesse e adquirisse esses medicamentos.

Esse elenco, destinado ao PSF, é repassado diretamente aos municípios na forma de um “kit”, instituído pela portaria GM/MS nº 343, de março de 2001, com o nome de “Farmácia Popular”.

14.4 MEDICAMENTOS ESTRATÉGICOS

Conforme já descrito, são medicamentos destinados ao tratamento de doenças específicas, para atender ao estabelecido por Comissões Técnicas da Diretoria de Programas Estratégicos do Ministério da Saúde, visando modificar a situação epidemiológica pela redução da morbimortalidade de patologias específicas e atenuar o sofrimento humano causado pelas mesmas. Os programas atendidos são os de combate à hanseníase, à tuberculose e às endemias, como a leishmaniose, tracoma, dengue, malária, entre outros.

Os medicamentos são adquiridos pelo MS e repassados com regularidade e na quantidade necessária aos Estados, salvo nos casos em que os dados disponíveis e as programações efetuadas pelos mesmos apresentem imprecisões, acarretando falta em alguns Estados e excesso em outros.

As secretarias de saúde dos Estados têm a responsabilidade de fazer a armazenagem e distribuição posterior aos municípios.

Instrumentos para Programação dos Medicamentos Estratégicos

Para que a população tenha acesso aos medicamentos destinados ao controle das patologias contempladas pelo grupo estratégico, é necessária uma programação racional. Para isso, deve-se ter por base os esquemas terapêuticos preconizados pelo MS, o número de casos notificados no SINAN, os dados populacionais, a estrutura organizacional e os recursos financeiros disponíveis.

A fim de ofertar aos gestores estaduais e municipais foi desenvolvido pelo Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Políticas de Saúde do MS um instrumento para efetuar a programação correta dos medicamentos de tuberculose e hanseníase, apoiado por um sistema informatizado para sua programação, a qual deve ser feita conjuntamente pelas coordenações estaduais dos programas beneficiados e da assistência farmacêutica.

Esse instrumento tem-se mostrado bastante adequado, devendo ser disponibilizado a todos os municípios, com o propósito de assegurar uma programação ascendente, que contemple os dados e informações dos mesmos.

Os medicamentos destinados ao tratamento das doenças endêmicas são gerenciados pela FUNASA. Para aprimorar o abastecimento desses insumos estratégicos, foi desenvolvido o Sistema de Insumos Estratégicos (SIES), que permite controlar os processos de recebimento, distribuição e acompanhamento de estoques destes medicamentos.

14.5 MEDICAMENTOS PARA AIDS

Os medicamentos anti-retrovirais (ARV) indicados pelo Programa Nacional de DST/Aids são adquiridos pelo MS e repassados às Secretarias Estaduais de Saúde. Essas, por meio das Coordenações Estaduais de DST/Aids ou das Coordenações Estaduais de Assistência Farmacêutica, os distribuem às farmácias do Estado ou municípios que são responsáveis pela dispensação aos pacientes notificados e cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). O elenco disponibilizado é definido tecnicamente pela Coordenação Nacional de DST/Aids, conforme recomendações dos Comitês Assessores em Terapia Anti-Retroviral, após aprovação pelo MS.

Programação dos anti-retrovirais

A programação deste grupo de medicamentos é feita pela Coordenação Nacional de DST/Aids, com base nas séries históricas do total de pacientes adultos e pediátricos em tratamento com ARV, do número e percentual de pacientes em uso de cada medicamento ARV e tipo de esquema terapêutico. Estas informações são repassadas mensalmente pelas Coordenações Estaduais de DST/Aids, por meio de formulários padronizados.

Infecções Oportunistas

Os medicamentos destinados ao tratamento das infecções oportunistas devem ser fornecidos pelos Estados e/ou municípios, conforme pactuação das responsabilidades definida nas CIB. Deste grupo de medicamentos, somente a aquisição e distribuição da talidomida é de responsabilidade do governo federal.

14.6 MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS E DE ALTO CUSTO

O programa de medicamentos de dispensação em caráter excepcional, é representado principalmente por um grupo de medicamentos destinados ao tratamento de patologias específicas, que atingem um número limitado de pacientes, os quais na maioria das vezes os utilizam por períodos prolongados.

Entre os usuários desses medicamentos estão os transplantados, os portadores de insuficiência renal crônica, esclerose múltipla, hepatite viral crônica B e C, epilepsia e esquizofrenia refratárias, doenças genéticas como a fibrose cística, a doença de Gaucher e erros inatos do metabolismo, entre várias outras.

Financiamento

Esses medicamentos excepcionais constam do grupo 36 da tabela do SIA/SUS, dispendo de mecanismos específicos de financiamento pelo MS. Atualmente o recurso financeiro disponibilizado para seu financiamento é originário do FAEC. Este recurso é repassado mensalmente aos Estados e ao Distrito Federal, com base na média do faturamento apresentado por cada um deles por meio das APAC.

Os Estados e o DF são responsáveis pela programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação desses medicamentos aos pacientes cadastrados, de acordo com os Protocolos Clínicos estabelecidos pelo próprio MS ou, no caso de não estarem disponíveis, daqueles estabelecidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Cabe também aos Estados, definir os centros de referência e o fluxo de encaminhamento dos pacientes, de modo a assegurar o diagnóstico correto e o acompanhamento destes.

Para fins de ressarcimento, o MS publica portarias com os valores dos procedimentos vigentes. Observa-se, na prática, que nem todos os produtos são adquiridos pelas Secretarias Estaduais de Saúde pelo valor da tabela, gerando um déficit financeiro entre o valor de aquisição e o valor ressarcido.

A portaria GM/MS nº 1.318, de 23 de julho de 2002, considerou para fins de estabelecimento dos valores de ressarcimento, a desoneração das contribuições do PIS/PASEP e COFINS e a isenção de ICMS, aprovadas para esse grupo de medicamentos.

Na perspectiva da economicidade nas compras desses medicamentos advinda da desoneração, o MS assumiu que haveria disponibilidade de recursos adicionais e incluiu na tabela SIA/SUS um novo elenco de medicamentos a serem gerenciados pelos Estados por meio desse programa.

Em função de diferentes fatores, o que se tem observado na prática é a dificuldade de efetivar a desoneração junto às empresas, que alegam problemas de natureza jurídica e financeira. Isso tem deixado os Estados em uma situação crítica pois, de um lado, há a demanda dos pacientes usuários dos novos medicamentos padronizados e, de outro, a indisponibilidade de recursos financeiros para gerenciá-los, uma vez que os efeitos da desoneração ainda não foram alcançados em sua totalidade (até a conclusão da edição deste livro), especialmente quando o medicamento é importado ou adquirido junto a distribuidoras.

Os Estados têm tido grande dificuldade em superar o impasse que se estabeleceu desde a publicação dessa portaria, devendo-se aprofundar a discussão para que se chegue a um consenso, sem prejuízo dos usuários.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

Ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à Saúde, pode também se constituir em fator de risco quando utilizado de maneira inadequada. Não se trata, portanto, de promover o acesso a qualquer medicamento ou de qualquer forma, mas sim, de promover o uso racional e seguro desses produtos.

Assim, plenamente em conformidade com a Política Nacional de Medicamentos, a necessidade de gerenciar adequadamente o Programa de Medicamentos Excepcionais e de promover o uso racional de medicamentos, o Ministério da Saúde tem formulado e publicado Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para os medicamentos integrantes deste Programa.

Esses Protocolos têm o objetivo de, ao estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, mecanismos de controle, acompanhamento e verificação de resultados dos tratamentos, racionalizar a prescrição e o fornecimento dos medicamentos. Observando ética e tecnicamente a prescrição médica, os Protocolos têm, também, o objetivo de criar mecanismos para a garantia da prescrição segura e eficaz. Além disso, como poderá ser observado pela estrutura dos Protocolos que será descrita adiante, sua elaboração não teve apenas a preocupação de orientar o diagnóstico

das doenças e a prescrição dos tratamentos com os medicamentos integrantes do Programa de Medicamentos Excepcionais. A iniciativa tem uma amplitude maior do que essa: pretende, além do já abordado, contribuir para a melhoria dos processos envolvidos na dispensação dos medicamentos, orientação aos pacientes, realização de controles e registros, avaliação farmacoterapêutica, monitoramento de tratamentos, enfim, contribuir de forma efetiva para o aperfeiçoamento do processo de gestão do Programa de Medicamentos Excepcionais pelas Secretarias Estaduais de Saúde e suas respectivas comissões de Assistência Farmacêutica.

Os Protocolos, construídos de acordo com a medicina baseada em evidências, contribuem para a disseminação do conhecimento, promovem o debate, chamam os agentes desse processo à discussão e representam um importante mecanismo na construção de uma nova dimensão de gestão em medicamentos. O trabalho desenvolvido foi baseado na convicção de que toda política de saúde em que uma nova recomendação é instituída, somente recebe a atenção dos profissionais e apoio das instituições públicas governamentais e não-governamentais se for construída em bases sólidas e de forma participativa e democrática. Assim, cada Protocolo publicado passou por um longo processo de construção participativa para todos os que nele se envolveram, desde sua elaboração inicial até o processo de Consulta Pública.

A partir dos textos dos Protocolos, foram elaborados fluxogramas de tratamento, fluxogramas de dispensação, textos de consentimento informado, fichas farmacoterapêuticas e guias de orientação aos pacientes e cuidadores.

Os Protocolos publicados no Diário Oficial da União, enriquecidos pelos fluxogramas, fichas farmacoterapêuticas e guias de orientação aos pacientes e cuidadores foram reunidos no livro Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Medicamentos Excepcionais, publicado pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2002. A utilização deste livro pelas Secretarias Estaduais de Saúde, pelos médicos prescritores e pelos farmacêuticos responsáveis pela dispensação é essencial para o adequado gerenciamento do Programa dos Medicamentos Excepcionais e correta e segura atenção aos pacientes.

Cada capítulo do livro é constituído por seis sub-itens:

1. As Diretrizes Terapêuticas: texto básico, escrito da forma mais clara possível e contendo todas as questões importantes do processo de diagnóstico e tratamento da condição clínica específica para a qual é sugerido o tratamento em foco. Inclui revisão da literatura, critérios diagnósticos e de inclusão, critérios de exclusão, definição dos esquemas de tratamento, situações especiais de risco, benefícios esperados com o tratamento, necessidade de criação de centros de referência ou comitês de especialistas quando adequado e também reforça a necessidade de real participação do usuário ao concordar e assinar os termos de consentimentos informados. Constituem, devidamente adaptados, os textos das portarias

- publicadas no Diário Oficial da União (DOU).
2. O Termo de Consentimento Informado: texto claro e conciso onde o paciente é claramente informado de todos os potenciais benefícios e riscos de cada medicamento envolvido no Protocolo e onde ambos, paciente e médico, o subscrevem por estarem de acordo em participarem do processo de tratamento. Esse também foi publicado no DOU junto às diretrizes de tratamento.
 3. O Fluxograma de Tratamento Médico: constituído por figuras e setas contendo texto no seu interior onde são colocadas as fases ou etapas de diagnóstico e tratamento, de forma escalonada, produzindo uma imagem seqüencial e temporal de todo o processo de tratamento;
 4. O Fluxograma de Dispensação: consta de orientações aos farmacêuticos dispensadores. Constituído por figuras e setas contendo texto no seu interior onde são colocadas as fases ou etapas do processo de dispensação de cada fármaco, de forma escalonada, produzindo uma imagem seqüencial e temporal de todo o processo de dispensação.
 5. A Ficha Farmacoterapêutica: texto contendo informações indispensáveis para avaliação tanto dos benefícios quanto dos eventuais efeitos adversos do tratamento dispensado. Neste formulário o farmacêutico dispensador executa um papel fundamental na captação de informações provenientes do médico, do paciente e do familiar, para vigilância por parte das Secretarias Estaduais e do Ministério da Saúde sobre os resultados do tratamento dispensado. Desse processo advirá a formatação de banco de dados contendo informações como: taxa de resposta clínica e ou laboratorial, efeitos adversos, taxa de utilização dos serviços de saúde, morbidade, entre outras.
 6. O Guia de Orientação ao Paciente: texto onde constam todas as informações importantes sobre obtenção, armazenamento, acondicionamento, preparação, administração, cuidados gerais com o medicamento, efeitos adversos mais importantes, suas implicações e soluções domésticas ou não, cuidados com o uso crônico e agudo.

14.7 FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica, conforme explicitado nos itens anteriores, apresenta financiamento das três instâncias gestoras do SUS. Porém, é importante que se ressalte a necessidade de se aperfeiçoarem e ampliarem os mecanismos de pactuação nesta área específica. O que se observa atualmente, é que vários grupos de medicamentos não apresentam financiamento assegurado por qualquer uma das instâncias gestoras do SUS, o que faz com que o tratamento de um grupo de doenças seja prejudicado, uma vez que o acesso aos medicamentos que a tratam não está assegurado.

Outra área bastante crítica na Assistência Farmacêutica é a capacitação de recursos humanos, uma vez que, ao contrário de outras áreas, até o presente momento, na maior parte dos Estados e municípios não há financiamento assegurado para sua realização de forma sistemática.

14.8 ESTRUTURAÇÃO E PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Como ponto de partida para o planejamento das ações a serem desenvolvidas por Estados e municípios nesta área sugere-se a elaboração de um Plano de Assistência Farmacêutica, que deve integrar o Plano Estadual e Municipal de Saúde e estar contemplada nas respectivas Agendas de Saúde.

Deve estar fundamentado na:

- descentralização da gestão;
- no diagnóstico da situação de saúde do Estado;
- no diagnóstico das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos;
- nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;
- na rede de serviços existentes, de acordo com o nível de complexidade;
- nas condições necessárias para o cumprimento das boas práticas de armazenagem para medicamentos;
- na proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos com a AF;
- na permanente avaliação da assistência farmacêutica por meio de indicadores específicos, que possibilitem o aprimoramento de sua gestão;
- outros aspectos que atendam as peculiaridades regionais e locais;

O Plano de Assistência Farmacêutica deve explicitar o elenco a ser gerenciado e os recursos financeiros a serem disponibilizados, contemplando a estruturação da assistência farmacêutica, a capacitação dos profissionais envolvidos e a promoção do uso racional de medicamentos. Essas ações deverão constar da previsão orçamentária das respectivas secretarias. Com base nesse Plano, deve ser elaborado o Plano para a Assistência Farmacêutica Básica, condição imprescindível para o recebimento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

Os Planos de Assistência Farmacêutica devem ser submetidos e aprovados pelos Conselhos de Saúde e divulgados junto aos setores da sociedade envolvidos com o tema, a fim de se possibilitar o efetivo controle social na Assistência Farmacêutica.

Sistemas de Informação.

Para planejar e programar suas atividades e ações, a Assistência Farmacêutica utiliza os dados disponibilizados por sistemas alimentados e disponibilizados por outras áreas da saúde, entre eles o SINAN, SIM, SINASC, SIS Pré-Natal, além dos dados populacionais disponibilizados pelo IBGE e outros órgãos e instituições.

14.9 MEDICAMENTOS GENÉRICOS

A Política Nacional de Medicamentos estabelece entre suas diretrizes, o incentivo à promoção da produção de medicamentos, em especial os medicamentos genéricos, como possibilidade de facilitar a melhoria de acesso da população aos medicamentos. A lei nº 9.787/99, regulamentada pelo decreto nº 3.181/99, definiu a política de produção de medicamentos genéricos no Brasil.

A categoria de medicamentos genéricos existe em vários Países do mundo como alternativa para melhoria do acesso da população aos medicamentos, considerando que apresentam menor preço e qualidade semelhante ao medicamento de referência, o que estimula a concorrência no mercado, funcionando como um importante instrumento para a regulação dos preços.

Atualmente, existem registrados medicamentos genéricos de 230 diferentes princípios ativos que atendem parte do elenco terapêutico da rede pública, dos quais merecem destaque os medicamentos de uso contínuo: antihipertensivos, diuréticos, antilipêmicos, antidiabéticos. Também constam, medicamentos largamente prescritos como os antibióticos, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, antiulcerosos e ainda medicamentos antiretrovirais para o tratamento da Aids e os antineoplásicos para o tratamento do câncer.

Alguns medicamentos genéricos de grande interesse para a rede pública de saúde causaram grande impacto no mercado brasileiro ao ampliarem a oferta e instalarem concorrências com os medicamentos de marca.

A tabela 4 mostra a queda de preços motivada pela entrada de medicamentos genéricos no mercado, em relação a outros medicamentos de referência. A diferença de preço de dezembro de 2000 e dezembro de 2002 entre medicamento referência e o genérico variou de 36% e 64% para os medicamentos com princípio ativo de amoxicilina e sinvastatina, respectivamente.

Tabela 4**Comparação entre os preços de venda encontrados na revista ABCFARMA para os princípios ativos amoxicilina e sinvastatina**

medicamento	apresentação	preço em dez/00	preço em dez/01	preço em dez/02
Amoxil® Amoxicilina genérica	Cx. c/ 30 comp De 500mg.	R\$ 35,25 R\$ 11,70	R\$ 34,56 R\$ 11,52	R\$ 39,88 R\$ 17,38
Zocor® Sinvastatina genérica	Cx.c/30comp. De 20mgc	R\$76,55 R\$49,84	R\$71,53 R\$46,46	R\$77,90 R\$49,00

Fonte : Revista ABCFARMA.

parte

V



EPIDEMIOLOGIA E

CONTROLE DE DOENÇAS

15 . CONCEITOS GERAIS

15.1 INTRODUÇÃO

A epidemiologia é a “ciência que estuda o processo saúde-doença na comunidade, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades e dos agravos à saúde coletiva, propondo medidas de prevenção, de controle ou de erradicação”(Rouquayrol, 1994).

Segundo a Associação Internacional de Epidemiologia, são três os principais objetivos da epidemiologia:

- “Descrever a distribuição e magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas;
- Proporcionar dados essenciais para o planejamento, execução e avaliação das ações de prevenção, controle e tratamento das doenças, bem como para estabelecer prioridades;
- Identificar fatores etiológicos na gênese das enfermidades (Id, Ibid)”.

Na última década, a preocupação com a construção de um modelo assistencial que articulasse os conhecimentos e técnicas provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde se expressou na utilização do termo “vigilância à saúde” (Teixeira et al, 1999), definindo-se que esta “trabalha com a conceituação ampla do papel da epidemiologia nos serviços de saúde, incluindo avaliação e pesquisa” e que “em suas propostas de ação, deve apreender a desigualdade social e, portanto a distribuição desigual de agravos à saúde”, representando um “deslocamento da base conceitual do exclusivo controle e/ou erradicação dos agentes para a compreensão das relações sociais que definem a desigualdade” (Mendonça et al., 1994).

15.2 ARCABOUÇO LEGAL

Em 1975, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, e por meio da lei nº 6.259, regulamentada pelo decreto nº 78.231, foi instituído o “Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica”, voltado principalmente às doenças transmissíveis, que procurava articular a operacionalização dos programas nacionais e estratégias então existentes, voltados ao controle de doenças específicas, geralmente pouco articulados entre si.

Em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, que instituiu o Sistema Único de Saúde. Oficializava-se o conceito de Vigilância Epidemiológica como o “conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou

história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças”. Esta definição fazia parte de um contexto de reorganização do sistema de saúde brasileiro, que previa a integralidade preventivo-assistencial das ações de saúde, buscando diminuir a dicotomia existente entre estas duas áreas. Além disso, propunha-se a descentralização das funções, sob comando único em cada esfera de governo – federal, estadual e municipal.

Com a publicação da NOB/SUS 01/96, já eram considerados como requisitos básicos para a assunção de qualquer forma de gestão do sistema de saúde (estadual ou municipal), que municípios e Estados estivessem executando as ações de Vigilância Epidemiológica, assim como ações básicas como as do Programa Nacional de Imunizações.

A NOB/SUS 01/96 já previa a transferência de recursos fundo a fundo para Estados e municípios, para custeio das ações de epidemiologia e controle de doenças, formalizando a criação e operação de sistemas locais de Vigilância Epidemiológica. O aporte de recursos seria diferenciado para cada área, de acordo com o desenvolvimento destes sistemas, que seriam aferidos por um “Índice de Valorização de Resultados” (IVR).

Em 15 de novembro de 1999, foi publicada a portaria GM/MS 1.399, que regulamentou a NOB/SUS 01/96. Esta portaria definiu as atribuições da União, Estados, municípios e Distrito Federal na área de epidemiologia e controle de doenças, definiu a sistemática de financiamento, por meio de repasse fundo a fundo, com a instituição do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD), além de outras providências.

A partir da publicação desta portaria, diversas doenças (em especial endemias como dengue, malária, esquistossomose, doença de chagas, entre outras), até então sob responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde, tiveram suas ações de prevenção e controle descentralizadas para Estados e municípios. Deixaram de existir “doenças federais, estaduais ou municipais”. Cada gestor passou a ter a responsabilidade sanitária sobre seu território, com os três níveis de governo atuando complementarmente, de acordo com as suas competências.

16. GESTÃO DO SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

16.1 ATRIBUIÇÕES DOS DIFERENTES NÍVEIS DE GESTÃO

Atribuições do Ministério Da Saúde

A portaria 1.399/99, em seu artigo 1º, atribui ao Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde no âmbito nacional, compreendendo:

- I - coordenação nacional das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade nacional ou regional para alcançar êxito;
- II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos estados;
- III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, em caráter excepcional, quando constatada insuficiência da ação estadual;
- IV - definição das atividades e parâmetros que integrarão a Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- V - normatização técnica;
- VI - assistência técnica a estados e, excepcionalmente, a municípios;
- VII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:
 - a) imunobiológicos;
 - b) inseticidas;
 - c) meios de diagnóstico laboratorial para as doenças sob monitoramento epidemiológico (kits diagnósticos).
- VIII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas na portaria 1.399/99;
- IX - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação SINAN, Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos SINASC, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações- SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos, incluindo a:
 - a) normatização técnica, com definição de instrumentos e fluxos;
 - b) consolidação dos dados provenientes dos estados;
 - c) retroalimentação dos dados.
- X - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XI - coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação IEC, de abrangência nacional;

- XII - promoção, coordenação e execução, em situações específicas, de pesquisas epidemiológicas e operacionais na área de prevenção e controle de doenças e agravos;
- XIII - execução, direta ou indireta, das atividades de prevenção e controle de doenças, quando direcionadas às populações indígenas, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde- SMS e Secretarias Estaduais de Saúde - SES;
- XIV - definição de Centros de Referência Nacionais de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- XV - coordenação técnica da cooperação internacional na área de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- XVI - fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;
- XVII - assessoramento às Secretarias Estaduais de Saúde - SES e Secretarias Municipais de Saúde SMS na elaboração da PPI-ECD de cada Estado;
- XVIII - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas estaduais de Vigilância Epidemiológica e ambiental em saúde;
- XIX - coordenação da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública RNLSP, nos aspectos relativos à Vigilância Epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais (coleta, envio e transporte de material biológico) e credenciamento das unidades partícipes;
- XX - coordenação do Programa Nacional de Imunizações incluindo a definição das vacinas obrigatórias no País, as estratégias e normatização técnica sobre sua utilização.

Atribuições dos Estados

Segundo o artigo 2o da portaria 1399/99, compete aos Estados a gestão do componente estadual do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo as seguintes ações:

- I - coordenação e supervisão das ações de prevenção e controle, com ênfase naquelas que exigem simultaneidade estadual ou microrregional para alcançar êxito;
- II - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma complementar à atuação dos municípios;
- III - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, de forma suplementar, quando constatada insuficiência da ação municipal;
- IV - execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em municípios não certificados nas condições estabelecidas nesta portaria;
- V - definição, em conjunto com os gestores municipais, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, da Programação Pactuada Integrada PPI-ECD para as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;
- VI - assistência técnica aos municípios;
- VII - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 da referida portaria;

VIII - provimento dos seguintes insumos estratégicos:

- a) medicamentos específicos, nos termos pactuados na CIT;
- b) equipamentos de proteção individual;
- c) seringas e agulhas;
- d) óleo de soja; e
- e) equipamentos de aspersão de inseticidas.

IX - gestão dos estoques estaduais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos municípios;

X - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito estadual, incluindo:

- a) consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes e dos municípios, por meio de processamento eletrônico, do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros sistemas que venham a ser introduzidos;
- b) envio dos dados ao nível federal, regularmente dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
- c) análise dos dados; e
- d) retroalimentação dos dados.

XI - divulgação de informações e análises epidemiológicas;

XII - execução das atividades de informação, educação e comunicação IEC de abrangência estadual;

XIII - capacitação de recursos humanos;

XIV - definição de Centros de Referência Estaduais de Epidemiologia e Controle de Doenças;

XV - normatização técnica complementar à do nível federal para o seu território;

XVI - fiscalização, supervisão e controle da execução das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças realizadas pelos municípios, programadas na PPI-ECD, incluindo a permanente avaliação dos sistemas municipais de Vigilância Epidemiológica e ambiental em saúde;

XVII - coordenação das ações de vigilância ambiental de fatores de risco à saúde humana, incluindo o monitoramento da água de consumo humano e contaminantes com importância em saúde pública, como os agrotóxicos, mercúrio e benzeno;

XVIII - coordenação da Rede Estadual de Laboratórios de Saúde Pública RELSP, nos aspectos relativos a Vigilância Epidemiológica e ambiental em saúde, com definição e estabelecimento de normas, fluxos técnico-operacionais, credenciamento e avaliação das unidades partícipes;

XIX - provimento de diagnóstico laboratorial das doenças de notificação compulsória e outros agravos de importância epidemiológica, na rede estadual de laboratórios de saúde pública.

XX - coordenação das ações de vigilância entomológica para as doenças transmitidas por vetores, incluindo a realização de inquéritos entomológicos;

XXI - coordenação do componente estadual do Programa Nacional de Imunizações.

Atribuições dos Municípios

Compete aos Municípios, segundo o artigo 3o. da portaria 1399, a gestão do componente municipal do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, compreendendo

as seguintes atividades:

- I - notificação de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados, conforme normatização federal e estadual;
- II - investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doenças específicas;
- III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros, existentes em seu território;
- IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;
- V - provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico das doenças de notificação compulsória, em articulação com Secretaria Estadual de Saúde;
- VI - provimento da realização de exames laboratoriais para controle de doenças, como os de malária, esquistossomose, triatomíneos, entre outros a serem definidos pela PPI-ECD;
- VII - acompanhamento e avaliação dos procedimentos laboratoriais realizados pelas unidades públicas e privadas componentes da rede municipal de laboratórios que realizam exames relacionados à saúde pública;
- VIII - monitoramento da qualidade da água para consumo humano, incluindo ações de coleta e provimento dos exames físico, químico e bacteriológico de amostras, em conformidade com a normatização federal;
- IX - captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação;
- X - registro, captura, apreensão e eliminação de animais que representem risco à saúde do homem;
- XI - ações de controle químico e biológico de vetores e de eliminação de criadouros;
- XII - coordenação e execução das ações de vacinação integrantes do Programa Nacional de Imunizações, incluindo a vacinação de rotina com as vacinas obrigatórias, as estratégias especiais como campanhas e vacinações de bloqueio e a notificação e investigação de eventos adversos e óbitos temporalmente associados à vacinação;
- XIII - Vigilância Epidemiológica da mortalidade infantil e materna;
- XIV - gestão dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal, incluindo:
 - a) coleta e consolidação dos dados provenientes de unidades notificantes do SIM, SINAN, SINASC, SI-PNI e outros;
 - b) sistemas que venham a ser introduzidos;
 - c) envio dos dados ao nível estadual, regularmente, dentro dos prazos estabelecidos pelas normas de cada sistema;
 - d) análise dos dados; e
 - e) retro-alimentação dos dados.
- XV - divulgação de informações e análises epidemiológicas;
- XVI - participação no financiamento das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, conforme disposições contidas nos artigos 14 a 19 da referida portaria;
- XVII - participação, em conjunto com os demais gestores municipais e Secretaria Estadual de Saúde, na Comissão Intergestores Bipartite - CIB, na definição da Programação Pactuada Integrada

PPI-ECD para a área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em conformidade com os parâmetros definidos pela FUNASA;

XVIII - gestão dos estoques municipais de insumos estratégicos, inclusive com abastecimento dos executores das ações;

XIX - coordenação e execução das atividades de IEC de abrangência municipal;

XX - capacitação de recursos humanos.

As competências dos municípios poderão ser executadas em caráter suplementar pelos estados ou por consórcio de municípios, nas condições pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartite.

Atribuições do Distrito Federal

A gestão das ações de Epidemiologia e Controle de Doenças no Distrito Federal compreende, no que couber, simultaneamente, às atribuições referentes a estados e municípios.

17. PLANEJAMENTO, ACOMPANHAMENTO E FINANCIAMENTO

17.1 PROGRAMAÇÃO E ACOMPANHAMENTO:

As ações de Epidemiologia e Controle de Doenças são desenvolvidas de acordo com uma Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD), que é elaborada a partir do seguinte processo:

I - a FUNASA estabelece as atividades a serem realizadas e metas a serem atingidas na área de Epidemiologia e Controle de Doenças, em caráter nacional, especificadas para cada unidade da federação;

II - as atividades e metas estabelecidas servem de base para que a Comissões Intergestores Bipartite estabeleçam a PPI-ECD estadual, reavaliando as metas definidas pela FUNASA e retornando para pactuação as metas a serem atingidas pelo Estado e o conjunto dos municípios, especificando ainda para cada atividade proposta o gestor que será responsável pela sua execução. As atividades e metas pactuadas na PPI-ECD são acompanhadas por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais.

A existência de instrumentos de acompanhamento e avaliação, bem como definição de metas a serem atingidas são desejáveis e necessárias, devemos destacar, porém que existem dificuldades, como o número muito grande e extremamente detalhado de indicadores definidos pela FUNASA, alguns de difícil mensuração¹, além da dificuldade de acompanhamento das pactuações municipais pelos Estados com número elevado de municípios.

17.2 FINANCIAMENTO

O repasse dos recursos federais do Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças - TFECD é feito, mensalmente, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, em conta específica, podendo ser utilizado somente nas finalidades especificadas em suas atribuições.

Para definição dos valores a serem repassados, os Estados foram estratificados em três grupos, conforme a tabela a seguir:

1. Os sistemas de informação atualmente existentes não possibilitam sua quantificação - o SINAN, por exemplo, não possibilita a obtenção da informação quanto à investigação oportuna dos casos das doenças de notificação obrigatória.

TABELA 5**COMPOSIÇÃO DO TETO FINANCEIRO DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE DOENÇAS**

estrato	TFECD - estados		incentivo descentralização (R\$/hab./ano)	contra-partida SMS+SES (%)
	per capita (R\$/hab./ano)	área (R\$/hab/Km)		
1	4,05	3,00	0,48	20,0
2	2,85	1,95	0,48	30,0
3	1,80	1,05	0,48	40,0

Os valores referentes aos componentes per capita e área, são divididos entre o gestor estadual e os gestores municipais, em percentuais pactuados nas comissões bipartites, sendo que a parte do conjunto dos municípios é de, no mínimo, 60%. Podem ser definidas pelas bipartites estratificações entre os municípios de cada Estado, distribuindo de forma diferenciadas estes valores aos diversos municípios. A parcela referente ao incentivo à descentralização, é recebida somente pelos municípios certificados, em valor de R\$ 0,48 por habitante/ano.

Entre as vantagens desta nova forma de financiamento podemos citar a maior agilidade em sua utilização, ao substituir os repasses convencionais, de maneira global também se ampliou o volume de recursos destinados pelo Ministério da Saúde à área de epidemiologia e controle de doenças. Alguns Estados, porém, vêm apresentando dificuldades devido à ampliação dos gastos pelas diversas novas atribuições assumidas, como por exemplo, a aquisição de seringas e agulhas para o Programa Nacional de Imunizações, maior consumo de combustíveis, aumento dos gastos com Kits para diagnóstico laboratorial (que muitas vezes vem sendo comprados pelos Estados, apesar de sua aquisição ser de responsabilidade da FUNASA).

Diversos municípios (em especial dos Estados classificados no estrato 3), porém, passaram a receber recursos em volume inferior ao anteriormente recebido por meio de convênios para o controle de uma única doença como a dengue. O financiamento das ações de controle da dengue vem sendo bastante discutido e causando controvérsias. O repasse federal do TFECD, destinado a princípio a financiar em conjunto com as contrapartidas estaduais e municipais todas as ações de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças, muitas vezes é tratado pelo gestor federal como recurso destinado quase exclusivamente ao controle da Dengue e combate ao seu vetor .

A portaria GM/MS nº 1.349, de 24 de julho de 2002, explicitou essa contradição, ao definir que só estariam aptos a receber um acréscimo de recursos ao TFECD, municípios que estivessem

utilizando mais de 70% dos recursos de seu teto exclusivamente à remuneração de recursos humanos – agentes de combate a dengue, desenvolvendo atividades de campo para combate ao vetor. A referida portaria também vem sendo alvo de críticas quanto aos critérios utilizados para definição dos valores a serem repassados aos Estados.

A definição dos critérios para estratificação dos Estados também vem sendo discutida, tendo sido formada comissão com membros da FUNASA, CONASS e CONASEMS para rediscutir os valores e distribuição dos Estados nos diferentes estratos.

Outra fonte de financiamento voltada à estruturação da área de Epidemiologia e Controle de Doenças é o Projeto VIGISUS, que contemplou além da área de Vigilância Epidemiológica, a Vigilância Ambiental em Saúde e a Saúde Indígena, com recursos provenientes do Banco Mundial. Os projetos inicialmente eram tanto estaduais como municipais. Posteriormente, devido ao grande volume de propostas, as regras foram alteradas, e os Estados tiveram que encampar em seus convênios as solicitações dos municípios, gerando muitas vezes dificuldades e atrasos na sua execução. Estes atrasos foram também causados por dificuldades administrativas em diversos Estados, em especial na compatibilização das regras do Banco Mundial com a Lei de Licitações.

18. A FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

18.1 APRESENTAÇÃO

A Fundação Nacional de Saúde é um órgão executivo do Ministério da Saúde, tendo como missão ser uma agência de promoção e proteção à saúde, mediante ações integradas de educação e de prevenção e controle de doenças e outros agravos, bem como em atendimento integral à saúde dos povos indígenas, visando à melhoria da qualidade de vida da população.

A FUNASA é dirigida por um Presidente, auxiliado por um Diretor-Executivo e pelos Diretores dos Departamentos de Planejamento e Desenvolvimento Institucional, de Administração, de Saúde Indígena, de Engenharia de Saúde Pública e o do Centro Nacional de Epidemiologia.

Atua de forma descentralizada, com uma Coordenação Regional em cada Estado, com estrutura técnico-administrativa para promover, supervisionar e orientar as ações de prevenção e controle de doenças, de engenharia de saúde pública e de saúde dos povos indígenas.

Estão vinculados à FUNASA três institutos de estudos e pesquisas: o Centro de Referência Professor Hélio Fraga (RJ), o Instituto Evandro Chagas (PA) e o Centro Nacional de Primatas (PA).

18.2 PRINCIPAIS AÇÕES DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE: Prevenção e Controle de Doenças

As ações de gestão do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde são coordenadas pela FUNASA por meio do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), compreendendo as atribuições definidas pela portaria 1.399/99, descritas anteriormente.

O CENEPI é composto por cinco coordenações:

- A Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde, responsável pelo monitoramento da Situação de Saúde, de agravos não transmissíveis e pelos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC).
- A Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública, responsável pela normatização, organização das referências e assessoria à rede de laboratórios que dão o suporte às ações de Vigilância Epidemiológica.
- A Coordenação Geral de Vigilância Epidemiológica coordena as ações de Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis. É responsável também pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN).
- A Coordenação Geral de Vigilância Ambiental, responsável pelo monitoramento e controle de fatores de risco ambientais biológicos ou não.
- A Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, responsável pelo suporte

técnico e normatização das ações de imunização a nível nacional, incluindo a definição das vacinas obrigatórias, controle da rede de frio e transporte dos imunobiológicos. Por meio do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-API), acompanha as coberturas vacinais em todo o País, possui ainda o Sistema de Controle de Estoque de Imunobiológicos (SI-EDI), que acompanha a utilização e estoque dos mesmos. Monitora também as reações adversas atribuídas às vacinas e a rede de Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais.

Engenharia de Saúde Pública

O Departamento de Engenharia de Saúde Pública coordena a formulação de planos e programas de saneamento e engenharia voltados para a prevenção e controle de doenças, por meio das seguintes ações:

- Assessoramento técnico, financiamento, análise e acompanhamento de projetos, nas seguintes áreas:
 - sistemas de abastecimento de água;
 - sistemas de resíduos sólidos;
 - sistemas de esgotamento sanitário;
 - melhorias sanitárias domiciliares;
 - serviços de drenagem para controle da malária;
 - melhorias habitacionais para controle da doença de Chagas;
 - unidades de controle de zoonoses e de fatores biológicos de risco;
 - câmaras frias para conservação de imunobiológicos;
 - laboratórios de saúde pública;
- Normatização técnica;
- Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos;
- Fomento a estudos e pesquisas aplicadas.

Saúde Indígena

O Departamento de Saúde Indígena coordena as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, segundo o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada comunidade, respeitando ainda os aspectos etno-culturais. É responsável pelas seguintes atividades:

- Organização do atendimento integral à saúde dos povos indígenas, no âmbito do SUS;
- Implantação e manutenção de unidades de saúde e de sistemas e serviços de saneamento;
- Fomento a estudos e pesquisas aplicadas;
- Fomento e execução de programas de capacitação de recursos humanos.

Educação em Saúde

- Fomento e coordenação de atividades de Educação em Saúde, integradas às áreas de prevenção e controle de doenças, de saúde indígena e de engenharia de saúde pública.

parte **VI**

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

19. SISTEMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

19.1 APRESENTAÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde traz um conceito bastante amplo para Vigilância Sanitária:

“Art. 6º (...)

§ 1º - Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse de saúde, abrangendo:

I – o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendida todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II – o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde”.

Por esta definição o campo de atuação da Vigilância Sanitária é bastante extenso e corresponde, talvez, à sua verdadeira dimensão, ao ganhar condição para eliminar, diminuir ou prevenir riscos decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, com poder de interferir em toda a cadeia do processo saúde-doença.

“Assim, a Vigilância Sanitária é uma organização, e, neste sentido, faz parte do SUS – uma rede de pessoas, equipamentos, recursos -, com autoridade legal para intervir sobre ambientes e sobre o setor produtivo. É também um conjunto de conhecimentos (uma parte da Saúde Coletiva) sobre a produção de saúde e de doenças, e um conjunto de regras (procedimentos técnicos) consideradas potentes para assegurar saúde às pessoas: uma organização com poder legal e um campo de conhecimento especializado, ao mesmo tempo” (Campos, 2002).

19.2 A AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) foi criada pela lei nº 9.782/99 como autarquia sob regime especial e vinculada ao Ministério da Saúde, vindo substituir a extinta Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. Tem por finalidade institucional “promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário de produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras”.

Em seu parágrafo único o Art 3º, a lei nº 9.782/99 dá à ANVISA “independência administrativa,

estabilidade de seus dirigentes e autonomia financeira”. A agência é mantida com recursos do orçamento da União e de arrecadação própria, subordinando-se ao Ministério da Saúde e às instâncias decisórias do Sistema Único de Saúde por meio de um contrato de gestão que estabelece o plano anual de metas.

Entre outras, a lei nº 9.782/99 define, em seu art. 7º, inciso IX, como competências da ANVISA:

- I- Coordenar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- II- Estabelecer normas, propor, acompanhar e executar as políticas, as diretrizes e ações de Vigilância Sanitária;
- III- Estabelecer normas e padrões sobre limites de contaminantes, resíduos tóxicos, desinfetantes, metais pesados e outros que envolvam risco à saúde;
- IV- Autorizar o funcionamento de empresas de fabricação, distribuição, e importação dos produtos sob regime de Vigilância Sanitária;
- V- Conceder registros de produtos, segundo as normas de sua área de atuação [Vigilância Sanitária].

Em seu art. 8º, a lei nº 9.782/99 explicita quais devem ser os focos de atuação, regulação, controle e fiscalização da Agência:

“Art. 8º – Incumbe à Agência, respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos que envolvam risco à saúde pública”.

“§ 1º – Consideram-se bens e serviços submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência:

- I - Medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;
- II - Alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários;
- III - Cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes;
- IV - Saneantes destinados a higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos;
- V - Conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico;
- VI - Equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos e de diagnósticos laboratorial e por imagem;
- VII - Imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados;
- VIII - Órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições;
- IX - Radioisótopos para uso diagnóstico in vivo e radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia;
- X - Cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco;

XI - Quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco a saúde, obtida por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação”.

Em seu parágrafo 4º, Art 8º, a Lei 9.872/99 concede à ANVISA uma importante prerrogativa legal para o alcance de sua missão, ao estabelecer que poderá a Agência, ainda, “regulamentar outros produtos e serviços de interesse para o controle de riscos à saúde da população...”. São serviços submetidos ao controle e fiscalização sanitária:

- Aqueles voltados para a atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias;
- As instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos em todas as fases de seus processos de produção dos bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, incluindo a destinação dos respectivos resíduos.

A ANVISA tem ainda como competência, garantir o controle sanitário de Portos, Aeroportos e Fronteiras (PAF). A área de PAF tem como responsabilidade intrínseca a proteção da saúde do viajante, dos meios de transporte e dos serviços submetidos a Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, anuência e isenção de produtos, insumos e da tecnologia a eles relacionados, fazendo cumprir a Legislação Brasileira, o Regulamento Sanitário Internacional e outros atos subscritos pelo Brasil. Realiza atividades de anuência em processos de importação e exportação, além de orientar usuários e empresas comerciais importações e exportações, órgãos e entidades governamentais e não governamentais. Participa ainda em atividades ligadas ao Comércio Exterior junto aos Órgãos do Sistema Integrado de Comércio Exterior (SISCOMEX) e demais órgãos anuentes.

19.3 ÁREAS DE ATUAÇÃO

Uma parcela importante da economia do País está sob o marco regulatório da ANVISA. O universo de empresas e/ou estabelecimentos que compõe o setor regulado atinge aproximadamente 160 mil unidades¹, valor expressivo, considerando que o número total de empresas existentes no País, em todos os segmentos econômicos, está em torno de 2,3 milhões².

1. Dados preliminares extraídos do documento "Formulação Estratégica - Análise da Cadeia de Valor", de pesquisa coordenada pela ANVISA.

2. Estas informações constam de documento apresentado no seminário "Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas", oficina nº7 - Organização da Vigilância Sanitária".

Três macro-setores se destacam considerando o tipo de produto ou serviço regulado:

(i) macro-setor de medicamentos com 37,7% do total de empresas/estabelecimentos existentes; (ii) macro-setor de serviços de saúde com 36,7%; e

(iii) macro-setor de alimentos com 18,4%.

Esses três macro-setores concentram 92,8% da atuação da Vigilância Sanitária.

Quanto ao tipo de empresa, o segmento prestadores de serviços, com 39% das empresas, revela-se o grupo mais expressivo, seguido pelo segmento de comércio varejista com 35% e pelo segmento indústria com 22%, concentrando 96% do total das unidades reguladas pela Vigilância Sanitária.

Esse cenário denota a importância da Vigilância Sanitária na proteção da saúde da população brasileira considerando sua atuação nas três dimensões do processo produtivo: produção, comercialização e pós-comercialização. Na produção e comercialização, historicamente, se concentrava a atuação da Vigilância Sanitária, mediante ações de inspeção e fiscalização nas indústrias e no comércio varejista dos setores regulados pela Vigilância Sanitária.

Entre as atividades desenvolvidas pela ANVISA, destacam-se:

- Projeto Hospitais Sentinela – tem o objetivo de construir uma rede de hospitais terciários distribuída por todo o País, motivada e qualificada para a notificação de eventos adversos e queixas técnicas de produtos de saúde como insumos, materiais e medicamentos, saneantes, kits para provas laboratoriais e equipamentos médicos hospitalares em uso no País. Essas informações integram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária Pós-Comercialização, cuja finalidade principal é subsidiar a ANVISA nas ações necessárias de regulação do mercado desses produtos. Ou seja, monitoramento do risco sanitário nas áreas de tecnovigilância, farmacovigilância e hemovigilância.
- Tecnologia de Produtos para a Saúde – equipamentos e materiais de saúde ou produtos correlatos são aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, ópticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários. Este universo compreende os seguintes produtos: equipamentos de diagnóstico, de terapia, de apoio médico-hospitalar, materiais e artigos implantáveis, descartáveis e produtos para diagnóstico de uso in-vitro.
- Sangue e Hemoderivados – a lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, estabelece a Política Nacional de Sangue. Essa lei proíbe a comercialização do sangue e seus derivados, porém, permite o reembolso às unidades de saúde dos custos do processamento dos componentes do sangue e dos hemoderivados que são utilizados por usuários do SUS. O suprimento de

sangue e hemoderivados tem o seu gerenciamento, formulação da política, fiscalização e controle sob a responsabilidade da ANVISA. A prestação de serviços hemoterápicos é de responsabilidade da hemorrede estadual e municipal (hemocentros e suas unidades), complementada pela iniciativa privada (serviços de hemoterapia e bancos de sangue).

- Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos em Saúde (REBLAS) – avaliação de laboratórios para posterior habilitação e verificação da competência técnica da entidade para realizar estudos e análises aos quais se propõe. Alia-se à ANVISA no processo de habilitação, de forma complementar para o credenciamento desses laboratórios, o Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (INMETRO).

Algumas medidas foram implantadas para a diminuição do peso das atividades burocrático-cartoriais da Vigilância Sanitária:

- Regulamentação e desenvolvimento da política de medicamentos genéricos;
- Regulamentação para a propaganda de medicamentos;
- Criação do Centro Nacional de Monitoramento de Medicamentos para monitorar o uso de efeitos dos medicamentos comercializados no País;
- Manual do Consumidor sobre Rotulagem Nutricional Obrigatória;
- Regulamentação de promoção comercial de alimentos e produtos para lactentes e crianças de primeira infância;
- Desregulamentação na área de registro de produtos saneantes, cosméticos e alimentos;
- Criação do Sistema de Cadastro de Produtos Derivados do Tabaco;
- Monitoramento do mercado de medicamentos;
- Implantação do Formulário do Fabricante ou Importador de Produtos médicos, que traz informações do fabricante, do produto e do distribuidor dos produtos médicos;
- Fortalecimento da estrutura gerencial das coordenações estaduais de Vigilância Sanitária, mediante processo de incentivo técnico e financeiro.

20 . INFORMAÇÃO E PROGRAMAÇÃO

A área de Vigilância Sanitária desenvolve e utiliza sistemas de informação específicos no desenvolvimento de suas atividades. A seguir são descritos alguns desses sistemas.

- O Prodir é o programa de Cadastro dos Produtos Dispensados de Registro. Esse programa foi inicialmente desenvolvido para a área de alimentos, mas, com pequenos ajustes, pode ser utilizado por outras áreas da ANVISA que venham também a dispensar de registro produtos de sua área de competência (a área de cosméticos, por exemplo, já está desenvolvendo estudos nesse sentido). Esse sistema permite o monitoramento, pela Internet, de informações sobre os alimentos dispensados de registro, fabricantes de alimentos, inspeções realizadas nas unidades fabris, acompanhamento das análises laboratoriais dos produtos.
- O Datavisa é o Sistema de Produtos e Serviços sob Vigilância Sanitária. Este sistema integrou bases e funcionalidades de sistemas que eram utilizados isoladamente na ANVISA, concebidos ainda na antiga Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária. As informações foram reunidas em um banco de dados único, desenvolvido em ambiente web, possibilitando o acesso a informações sobre produtos registrados e isentos, autorizações de empresas, protocolo, tramitação e arquivamento de documentos.
- Sistema de Informações sobre Agrotóxicos – esse é um projeto conjunto dos ministérios da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, da Saúde (ANVISA) e do Meio Ambiente, sob a coordenação da Casa Civil, cujo desenvolvimento é de responsabilidade da ANVISA. Com este sistema, será possível a interação eletrônica entre os órgãos federais envolvidos no registro de agrotóxicos e de seus componentes e a disponibilização de informações sobre o andamento de processos nestes órgãos. (em fase final de conclusão).
- Sistema de Informações para Estados e Municípios – esse projeto visa oferecer para os Estados e, futuramente, para os municípios, a condição tecnológica para o intercâmbio de informações e a automação de bases cadastrais dos órgãos de Vigilância Sanitária. A primeira versão do sistema já foi implantada (incluindo treinamento) nos Estados de Goiás, Pernambuco, Bahia, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina, e compõe-se dos módulos: Cadastro Funcional (para o gerenciamento de Recursos Humanos), Cadastro de Requerentes (Empresa e Pessoa Física), Cadastro de Inspeções de Empresas (Roteiro de Inspeção e Vista técnica), Documentação (Processos Administrativos e Monitoramento da Qualidade) e Informações Gerenciais (Estatística e Relatórios).
- Sistemas de informações sobre sangue – HEMOSISTEMAS:

- Hemovigilância – tem por objetivo aumentar a segurança nas transfusões sanguíneas, com particular ênfase nos incidentes transfusionais. Busca-se atingir esse objetivo mediante recolhimento e avaliação de informações sobre os efeitos indesejáveis e/ou inesperados da utilização de hemocomponentes a fim de prevenir o aparecimento ou recorrência desses efeitos. O processo de recolhimento de informações é feito por intermédio de notificação de incidentes transfusionais, por parte de hospitais sentinelas e Hemocentros.
- Hemocad – tem por objetivo permitir maior controle nas inspeções de qualidade dos sangues doados para os hemocentros e cadastramento das inspeções realizadas nas unidades Hemoterápicas Públicas e Privadas.
- Hemoinsp – tem por objetivo garantir maior controle e qualidade dos sangues doados, mantendo um registro atualizado de todas as unidades hemoterápicas do País, controlando desde os serviços fornecidos até os serviços recebidos de terceiros, além do cadastramento das Unidades Hemoterápicas Públicas e Privadas.

A criação da ANVISA representou um avanço no caminho da estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) ao possibilitar a este nova modalidade organizacional, maior agilidade de gestão e apoio aos demais entes federados e maior flexibilidade administrativa no manejo e resposta das demandas recebidas do setor regulado. Na qualidade de agência reguladora federal trouxe como inovação, nas relações intergovernamentais, a figura jurídica do Termo de Ajuste e Metas.

Resultado de um longo processo político pedagógico de negociação nas diferentes instâncias do SUS, este instrumento, muito mais do que uma pactuação de metas é um compromisso entre governos para a organização e implementação do SNVS. As metas pactuadas consideram os problemas sanitários de maior expressão epidemiológica a serem enfrentados e os riscos associados ao desempenho de atividades e estabelecimentos sujeitos à Vigilância Sanitária de modo garantir a proteção da população em todo o território nacional. O objetivo do Termo de ajuste e Metas é o fortalecimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária por intermédio do fomento e da execução de atividades na área da Vigilância Sanitária, mediante estabelecimento de parceria entre as partes.

Como conseqüência imediata do Termo de Ajuste e Metas e para fazer face aos compromissos pactuados entre os gestores, uma nova modalidade de repasse de recursos do governo federal para as unidades federadas foi estabelecida para que as Vigilâncias Sanitárias Estaduais e do Distrito Federal pudessem ter condições de conceber seu planejamento estratégico e de elaborar suas programações, estabelecendo metas e objetivos de curto, médio e longo prazos.

21 . FINANCIAMENTO

A NOB/SUS 01/96 regulamentou o repasse de recursos federais para os Estados, Distrito Federal e municípios acarretando assim a primeira grande mudança ocorrida no financiamento do SUS e por consequência da própria Vigilância Sanitária. O PAB-VISA¹ foi regulamentado pela portaria GM/MS nº 1.885, de 18 de dezembro de 1997, com um valor per capita destinado a financiar as ações básicas de Vigilância Sanitária previstas no Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS no valor de R\$0,25/hab/ano e repassados fundo a fundo para municípios habilitados em gestão plena da atenção básica.

A regulamentação do financiamento das ações de média e alta complexidade² deu-se somente em setembro de 2000, como resultado da pactuação do Termo de Ajuste e Metas. A política de financiamento destas ações em Vigilância Sanitária busca a reversão da lógica do pagamento por produção que remunera atividades/procedimentos realizados, individualmente, baseadas em tabelas de pagamentos na maioria das vezes com valores fixados que não representam os custos reais das ações executadas.

Para a Vigilância Sanitária não interessa a visão parcial de uma operação individual associada a um procedimento tabelado e vinculado ao custo unitário desse procedimento. Interessa, isto sim, o custo operacional de uma ação coletiva associada ao universo de cobertura capaz de garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação.

Dessa forma a ANVISA regulamentou a transferência de recursos fundo a fundo para a média e alta complexidade, executadas por Estados, Distrito Federal e municípios e estabeleceu critérios para essa transferência. Para receber os recursos as unidades federadas e municípios deverão estar habilitados em algum tipo de gestão prevista na NOB/SUS 01/96. Os recursos financeiros destinados a cada unidade federada são definidos pelo somatório das seguintes parcelas:

1. valor per capita de R\$0,15 (quinze centavos)/hab/ano multiplicado pela população de cada unidade federada; e,
2. valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária – TFVS³ por fato gerador.

Foi estabelecido também o Piso Estadual de Vigilância Sanitária (PEVISA) no valor de R\$ 420.000,00/ano para aqueles Estados cujos recursos obtidos pela parcela per capita ficassem abaixo desse valor, com a finalidade de apoiar os Estados com menor densidade demográfica. O valor correspondente ao fato gerador para repasse será estabelecido anualmente por portaria conjunta da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Para obtenção do valor nominal referente à segunda parcela, as unidades federadas são

classificadas segundo o número dos estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária presentes em sua área geográfica, agrupados por macro - setor de atuação e relacionados com a magnitude dos recursos advindos das Taxas de Fiscalização em Vigilância Sanitária:

- I – Macro-setor de Medicamentos;
- II – Macro-setor de Alimentos;
- III – Macro-setor de Tecnologia em Saúde;

Esses macro-setores, vistos no seu conjunto, são indicativos para definição de prioridade na alocação de recursos. Eles têm peso específico diferente, no que se refere ao valor das taxas recolhidas, à importância estratégica para o setor saúde e aos fatores de risco inerentes a cada um deles individualmente. A ponderação da distribuição quantitativa dos estabelecimentos sujeitos a Vigilância Sanitária por unidade federada em relação aos macro- setores e à procedência das taxas recolhidas determina o valor que cada unidade federada irá receber.

Do valor que cada unidade federada receber, no mínimo R\$ 0,06/hab/ano⁴ será utilizado como incentivo à municipalização das Ações de Vigilância Sanitária. De acordo com a complexidade das ações a serem pactuadas, esse valor poderá ser aumentado e até extrapolar o per capita estabelecido, conquanto tenha cobertura no montante de recursos recebidos pela unidade federada e seja aprovado pela CIB. Para se habilitarem os municípios deverão cumprir os seguintes requisitos:

- Estar habilitado em uma das condições de gestão estabelecidas na NOB/SUS/01/96;
- Comprovar capacidade técnica de execução das ações por nível de complexidade;
- Possuir equipe técnica cuja composição corresponda às necessidades de cobertura local;
- Comprovar existência de estrutura administrativa responsável pelas ações de Vigilância Sanitária;
- Comprovar abertura de conta específica vinculada ao Fundo Municipal de Saúde⁵.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 200, de 12 de julho de 2002, estabeleceu normas para aplicação e controle dos recursos transferidos fundo a fundo para financiamento das ações de média e alta complexidade de Vigilância Sanitária. Essa RDC reforçou a destinação dos recursos para o financiamento exclusivo das ações de Vigilância Sanitária e regulamentou a utilização dos recursos repassados por parte do Estados, Distrito Federal e municípios.

Segundo a RDC nº 200/02, os recursos do Termo de Ajuste e Metas poderão ser utilizados da seguinte forma:

Art. 2º...

Parágrafo 1º - Estes recursos poderão ser utilizados para custeio das Ações de Vigilância Sanitária das Unidades Federadas e dos Municípios, aquisição de equipamentos e material permanente e adequação de infra – estrutura física.

Parágrafo 2º - Os recursos, de que trata a presente Resolução, também poderão ser utilizados para remuneração de pessoal e incentivo à produtividade da força de trabalho em efetivo exercício nas Vigilâncias Sanitárias Estaduais e Municipais, respeitadas em cada Unidade Federada e em cada Município suas legislações próprias.

Complementando, diz o Art. 3º: “No caso de despesas para adequação de infra – estrutura física, estas, somente poderão ser realizadas se destinadas ao aparelhamento das Vigilâncias Sanitárias Estaduais, do Distrito Federal e Vigilância Sanitárias Municipais, ao abrigo do disposto no Termo de Ajuste e Metas.”

notas

1. O PAB é composto de uma parte fixa destinada à assistência básica e de uma variável relativa aos incentivos para o fortalecimento e desenvolvimento de ações estratégicas da própria atenção básica. O incentivo às ações básicas de Vigilância Sanitária, parte variável, consiste num montante de recursos financeiros destinados ao incentivo de ações básicas de inspeção e controle sanitário em produtos e serviços e ambientes sujeitos à Vigilância Sanitária, bem como para atividades de educação sanitária, compondo um elenco de 30 atividades.
2. Mesmo não correspondendo às exigências da área, essa denominação hierarquizada para as ações de Vigilância Sanitária poderá ser indicativo para uma pactuação mais pragmática sobre responsabilidades a serem assumidas pelos respectivos níveis de governo.
3. Taxas estabelecidas pela Lei nº 9.782 que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA com valores financeiros fixados segundo as classes dos fatos geradores.
4. A fixação deste valor como incentivo à municipalização das ações de Vigilância Sanitária tem gerado muita controvérsia no âmbito das transferências para execução das ações de média e alta complexidade. Vale ressaltar que este valor é estipulado como piso e não como teto financeiro. O pacto na CIB sobre os recursos a serem repassados aos municípios deve levar em consideração as ações de média e alta complexidade existentes em cada município e que ficarão sob responsabilidade do gestor municipal, bem como o valor de repasse. Não existe limite financeiro para repasse aos municípios desde o pacto firmado na CIB não ultrapasse os recursos recebidos pela unidade federada.
5. Estes requisitos foram definidos por grupo de trabalho composto por representantes na ANVISA, CONASS e CONASEMS em: Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária - Mecanismos de pactuação entre os três níveis de Governo - Brasília/2000.

parte **VII**

CIÊNCIA E TECNOLOGIA

DA SAÚDE

22 . POLÍTICA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE

22.1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento sócio-econômico de qualquer nação depende de seu desenvolvimento científico e tecnológico, na medida em que esse contribui para a criação de condições para o crescimento sustentável e solução dos problemas e necessidades nacionais.

É nesse contexto em que está inserida a política de ciência, tecnologia e inovação em saúde (PCT&I/S), entendida como ponto de convergência de duas políticas públicas. Seu princípio básico é o compromisso ético e social com a melhoria das condições de saúde da população brasileira e com a busca da equidade.

O êxito dessa política depende de sua capacidade em abordar todos os tipos de atividades inerentes ao sistema de saúde e temas de ciência, tecnologia e inovação, incluindo produção de bens e serviços e formação de recursos humanos, num arranjo institucional que contemple a dimensão estratégica da pesquisa em saúde para a resolução de problemas.

Os seus eixos condutores de implementação objetivam:

- viabilizar a capacidade para intervir em todos os pontos da cadeia de produção e aplicação do conhecimento;
- incorporar a participação dos produtores, financiadores e usuários da produção técnico-científica;
- induzir o desenvolvimento científico e tecnológico para áreas prioritárias;
- garantir a complementaridade entre as ações dos sistemas de Saúde e de ciência e tecnologia;
- estimular a competitividade no que se refere à forma de seleção dos projetos técnico-científicos;
- incorporar o critério do mérito na análise da qualidade dos projetos; e,
- considerar a relevância social e econômica no que se refere ao caráter de utilidade dos conhecimentos e tecnologias produzidos.

22.2 PRESSUPOSTOS BÁSICOS

Uma das principais necessidades no campo da ciência e tecnologia (C&T) em saúde é a permanente adequação da produção científica e tecnológica às necessidades do Sistema Único de Saúde, tendo como eixo estratégico a articulação dos setores produtores de conhecimento com as demandas do setor saúde.

Conseqüentemente, a atuação intersetorial é essencial. Ela cria condições para essa articulação entre os órgãos responsáveis, por exemplo, pela formação de novos pesquisadores e apoio às iniciativas de iniciação científica nos cursos de graduação profissional e de pós-graduação acadêmica e profissionalizante.

Nesse contexto, o conjunto de atores deve atuar de forma complementar e sinérgica. O Estado deve se fazer presente na regulação dos fluxos de produção, avaliação e incorporação de tecnologias; no incentivo ao processo de inovação; e na orientação e no financiamento compartilhado das atividades de pesquisa e desenvolvimento.

Os princípios constitucionais do SUS – universalidade no acesso, equidade e integralidade de atenção – somados ao quadro nosológico brasileiro e à sofisticação tecnológica e seu encarecimento, decorrentes do progresso científico, tornam a priorização das intervenções em saúde um tema crítico. O estabelecimento de prioridades exige, como premissa para seu enfrentamento, instrumentos para a análise tanto de conflitos morais decorrentes de situações permanentes, como a eutanásia, o aborto, quanto dos problemas de justa alocação de recursos no setor Saúde.

22.3 GESTÃO DAS AÇÕES

Consoante com esses princípios, cabe aos gestores do SUS, em cada uma das três esferas de governo, promover o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, mediante a indução, geração, aplicação do conhecimento e incorporação de tecnologias, objetivando a compreensão e a resolução de problemas de saúde, com ênfase para a qualidade e eficiência das ações e serviços de saúde no SUS.

A efetividade das ações de C&T no SUS está vinculada à sua institucionalização no âmbito do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. Do ponto de vista organizacional, essas ações nas SES, por exemplo, encontram-se em diferentes setores, como o planejamento, a epidemiologia ou o gabinete do secretário. Articular e integrar essas ações, construindo um ambiente de suporte às tomadas de decisão e de tradução dos problemas de saúde em demandas de pesquisa, tem sido um desafio para os gestores do sistema. O enfrentamento desse desafio vem se dando, com a busca da garantia da sustentabilidade de programas e ações voltadas para a área.

A consolidação desse processo permitirá, no âmbito do SUS:

- a identificação dos problemas estratégicos cujas soluções podem ser encontradas a partir de pesquisas;
- a explicitação das necessidades do sistema de saúde às instâncias responsáveis pelo fomento e execução de projetos;
- a ampliação da utilização de dados científicos na formulação de políticas públicas de saúde;
- o fortalecimento, a partir de argumentos técnicos e científicos, dos processos de tomada de decisão;
- o subsídio à formatação de programas voltados para o desenvolvimento científico e tecnológico nacional e regionais; e,
- o incentivo às iniciativas de formação de recursos humanos voltadas para as necessidades do sistema de saúde.

Nesse arranjo institucional, o Ministério da Saúde desempenha diferentes funções, cumprindo o disposto no item V do Artigo 200 da Constituição Federal de 1988: “incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico”. É executor, demandante, promotor, financiador e usuário das ações de ciência e tecnologia e dos produtos por elas gerados, seja por meio de convênios celebrados pela administração direta, seja pela atuação dos órgãos da administração indireta, tal como a Fundação Oswaldo Cruz, e atua, ainda na formação e capacitação de recursos humanos e na disseminação de informação científico-tecnológica.

23. A FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

23.1 APRESENTAÇÃO

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) originou-se da criação do Instituto Soroterápico Federal em 1900, fundado na primazia da atividade experimental em saúde pública e em uma nova configuração organizacional que reunia, em um mesmo local, as atividades de pesquisa, ensino, atividades de produção e serviços. A singularidade de seu projeto, comparada a experiências internacionais, resultou da constituição de uma instituição de natureza pública, estatal e estratégica de suporte ao Sistema Único de Saúde na interface com a ciência e tecnologia, conferindo-lhe forte presença na formulação de políticas e ações.

Constitui-se em órgão vinculado ao Ministério da Saúde. Tem como missão institucional gerar, absorver e difundir conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, pelo desenvolvimento integrado de atividades de pesquisa, desenvolvimento tecnológico, ensino, informação, produção de bens e prestação de serviços de referência, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população e para o exercício da cidadania.

Em 1970, foi instituída a Fundação Oswaldo Cruz, congregando inicialmente o então Instituto Oswaldo Cruz, a Fundação de Recursos Humanos para a Saúde (posteriormente ENSP) e o Instituto Fernandes Figueira. As demais unidades que hoje compõem a FIOCRUZ foram incorporadas ao longo dos anos e localizam-se no Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais, Pernambuco, Paraná, Distrito Federal e Amazonas.

23.2 ESTRUTURA

Para dar conta desta diversidade em sua atuação, a FIOCRUZ possui uma estrutura onde se destacam:

Congresso Interno

Ao Congresso Interno, órgão máximo de representação da comunidade da Fundação Oswaldo Cruz, compete deliberar sobre assuntos estratégicos relacionados ao macroprojeto institucional, bem como sobre matérias que possam interferir nos rumos da Instituição. O Congresso Interno é

presidido pelo Presidente da FIOCRUZ e composto por delegados eleitos pelas unidades, em número proporcional ao de servidores das mesmas. Em novembro de 2002, ocorreu o IV Congresso Interno.

Conselho Deliberativo

O Conselho Deliberativo é um órgão colegiado, presidido pelo Presidente da FIOCRUZ e integrado pelos dirigentes máximos das unidades e por um representante dos funcionários. Entre suas principais atribuições incluem-se as deliberações sobre as diretrizes estratégicas e sobre a política de desenvolvimento institucional, a aprovação da programação das atividades e da proposta orçamentária anual da Instituição.

A Presidência, principal órgão executivo da FIOCRUZ, é integrada por um Presidente e pelas Vice-Presidências de: Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico; Desenvolvimento Institucional; Informação e Comunicação; Ensino e Recursos Humanos e de Serviços de Referência e Ambiente.

Unidades Finalísticas

- a) Instituto Oswaldo Cruz (IOC);
- b) Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP);
- c) Casa de Oswaldo Cruz (COC);
- d) Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV);
- e) Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos (Bio-Manguinhos);
- f) Instituto de Tecnologia em Fármacos (Far-Manguinhos);
- g) Instituto Nacional de Controle e Qualidade em Saúde (INCQS);
- h) Instituto Fernandes Figueira (IFF);
- i) Centro de Pesquisa Hospital Evandro Chagas (CPqHEC);
- j) Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz (CPqGM);
- k) Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR);
- l) Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CpqAM); e
- m) Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD).

Unidades Técnicas de Apoio

Para dar suporte às suas atividades finalísticas, a FIOCRUZ dispõe de duas Unidades Técnicas de Apoio: o Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) e o Centro de Criação de Animais de Laboratório (CECAL).

23.3 PROGRAMAS INSTITUCIONAIS FINALÍSTICOS

Para exercer sua missão, tendo em vista o compromisso social de contribuir para a solução de problemas nacionais de saúde, a FIOCRUZ atua por intermédio de Programas Institucionais Finalísticos que permitem articular matricialmente o conjunto de unidades que a constituem. As atividades finalísticas desenvolvidas pela Instituição estão agrupadas em cinco Programas: Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico; Ensino em Saúde e Ciência e Tecnologia; Produção de Bens e Insumos para a Saúde; Serviços de Referência em Saúde e Informação e Comunicação em Saúde e C & T.

Pesquisa & Desenvolvimento Tecnológico

A FIOCRUZ mantém-se firme na defesa de seu caráter público, daí decorrendo a busca constante da adequação entre as demandas públicas e sua missão institucional. A base primordial do trabalho da FIOCRUZ é a pesquisa em saúde, como fonte do conhecimento da realidade e das alternativas para enfrentá-la.

A P & D na FIOCRUZ desenvolve-se por vertentes freqüentemente interdependentes: pesquisa biomédica, pesquisa clínica e de saúde pública, que dão suporte às inovações das áreas de saúde pública, serviços, desenvolvimento tecnológico, controle da qualidade e informação. Possui hoje cerca de 1.400 projetos de pesquisa em andamento, que resultam em centenas de artigos científicos publicados em revistas nacionais e internacionais.

Ensino em Saúde e em Ciência e Tecnologia

A pesquisa em saúde não se completa sem o decorrente processo de transmitir o conhecimento produzido. O grande acervo de conhecimentos acumulados possibilita o oferecimento de um complexo e qualificado programa de pós-graduação, incluindo doutorados e mestrados em Saúde Pública, Medicina Tropical, Biologia Celular e Molecular, Biologia Parasitária, Saúde da Mulher e da Criança, Vigilância Sanitária de Produtos, e de História das Ciências da Saúde, bem como cursos de especialização e outras modalidades em muitas outras áreas, incluindo o nível médio. Em 2002, a FIOCRUZ iniciou quatro mestrados profissionalizantes: Assistência em Saúde, Gestão de Ciência e Tecnologia, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e Regulação de Saúde Suplementar. Para 2003, está previsto iniciar o mestrado profissional de Informação e Comunicação em Saúde. A

qualidade do ensino alcançado até aqui, coloca os programas de pós-graduação da FIOCRUZ entre os melhores do País no processo de avaliação do sistema CAPES/MEC, procurando atender às demandas de formação dos profissionais de saúde para o SUS.

Nos anos recentes, algumas propostas modelares de grande potencial colaborativo aos demais programas se estruturaram, como por exemplo o Programa de Educação a Distância (PROEAD); o Programa de Apoio ao Ensino Técnico (PAETEC), com ênfase na formação de professores e foco na relação ensino - pesquisa; os Mestrados Interinstitucionais; o Sistema de Acreditação Pedagógica; o Projeto Escola de Governo (estratégia estruturante da relação do ensino da FIOCRUZ com o Sistema de Saúde) e o Programa de Educação para a Ciência em suas múltiplas dimensões.

Produção de Bens e Insumos para a Saúde

Cerca de 60% de toda vacina usada pelos brasileiros sai da FIOCRUZ, que também fabrica quase um bilhão de unidades de medicamentos todo ano. A produção nacional de insumos básicos em saúde, principalmente medicamentos, vacinas, kits para diagnóstico de doenças como Aids, dengue, tuberculose e outras moléstias infecto-parasitárias e produtos para controle de vetores, é uma das maiores necessidades do SUS. A FIOCRUZ participa de forma expressiva no aporte de tais insumos, contribuindo assim para diminuir a dependência externa, ao mesmo tempo que amplia sua capacidade tecnológica e industrial, desempenhando papel estratégico na implementação da política nacional de medicamentos e imunobiológicos coordenada pelo Ministério da Saúde.

As atividades de Far-Manguinhos têm sido essenciais para os sucessos obtidos pelo MS no controle de preços e na garantia ao acesso de medicamentos essenciais à população. Por sua vez, Bio-Manguinhos vem atendendo crescentemente as necessidades da FUNASA em vacinas tradicionais e lançando novos produtos, sejam vacinas sejam reativos.

Serviços de Referência em Saúde

Os Serviços de Referência da FIOCRUZ têm desenvolvido um conjunto de atividades nos âmbitos laboratorial, assistencial, de controle de qualidade e manutenção de equipamentos médico-hospitalares, por meio de várias unidades finalísticas e de apoio, referenciadas a diversos níveis institucionais, com importante capacidade de respostas às demandas oriundas do SUS. Os laboratórios de referência para diagnóstico asseguram o mais alto grau de precisão e qualidade nos sistemas nacionais de Vigilância Epidemiológica e sanitária.

Informação, Informática e Comunicação em Saúde e Ciência e Tecnologia.

Estas áreas são instrumentos fundamentais para a consolidação do SUS e para o País alcançar a plena cidadania. A área de informação, informática e comunicação da FIOCRUZ apresenta um

acúmulo de realizações significativas, que se tornaram referências nacional e internacional, que são úteis para os gestores e gerentes e profissionais do SUS, a exemplo de suas revistas científicas, do Canal Saúde, da VideoSaúde Distribuidora, do Museu da Vida, da Editora, bem como sua destacada atuação na computação de alto desempenho.

As revistas científicas são três:

- 1) Cadernos de Saúde Pública, criado em 1984, é o periódico trimestral da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), especializado nos diversos campos temáticos componentes desta área.
- 2) História, Ciências, Saúde – Manguinhos, voltada essencialmente para a história das ciências e da saúde; periódico quadrimestral da Casa de Oswaldo Cruz desta Fundação.
- 3) Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, trata-se de uma das mais tradicionais revistas científicas da América Latina, especializada em ciências biomédicas e medicina experimental, com mais de 80 anos de existência.

O Canal Saúde, em funcionamento desde 1994, foi criado para implantar no País a educação continuada à distância e a disseminação de informações em Saúde. Já a VídeoSaúde Distribuidora tem como principal objetivo ampliar o acesso público à produção audiovisual nacional e estrangeira em Saúde e áreas correlatas.

O Museu da Vida objetiva garantir à população o acesso a informações sobre a Saúde, Ciência e Tecnologia, possibilitando a compreensão dos processos e progressos científicos e seu impacto na vida cotidiana. Procura também estimular vocações científicas, a modernização das ações de educação em Ciência e amplia o nível de participação da população em questões ligadas à Ciência & Tecnologia e Saúde.

Criada em 1993, a Editora FIOCRUZ vem operando organizada em torno de quatro eixos temáticos - saúde pública; ciências biológicas e biomédicas em saúde; ciências clínicas; ciências sociais e humanas em saúde -, na intenção de cobrir o vasto campo de saúde em seus múltiplos aspectos.

QUADRO 4

PROGRAMAS INSTITUCIONAIS POR UNIDADE DA FIOCRUZ ÁREAS DE ATUAÇÃO PRINCIPAL

unidades	principais programas				
	PQ	ES	PB	SR	IC
Instituto Oswaldo Cruz - IOC	x	x		x	
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM	x	x			
Centro de Pesquisa Gonçalo Moniz - CPqGM	x			x	
Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane - CPqLMD	x				
Centro de Pesquisa René Rachou - CPqRR	x			x	
Casa de Oswaldo Cruz - COC	x				x
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP	x	x		x	
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV		x			
Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos - Bio-Manguinhos	x		x		
Instituto de Tecnologia em Fármacos - Far-Manguinhos	x		x		

Legenda: (PQ) - Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico, (ES) Ensino em Saúde e Ciência e Tecnologia, (PB) Produção de Bens e Insumos para a Saúde, (SR) Serviços de Referência em Saúde e (IC) Informação e Comunicação em Saúde e C & T.

parte

VIII

REGULAÇÃO

DA SAÚDE COMPLEMENTAR

24. A AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

24.1 INTRODUÇÃO

O setor da saúde suplementar surgiu no Brasil nos anos 60, e teve seu grande desenvolvimento na década de 80, sendo de grande importância tanto social, como parte da política pública de saúde, quanto econômica, como setor dinâmico da economia. Atinge hoje cerca de 33 milhões de beneficiários, segundo informação do cadastro de beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), distribuídos irregularmente pelo território nacional e cobrindo também percentuais heterogêneos da população de cada unidade da federação.

Uma primeira etapa da regulamentação do sistema de saúde suplementar teve início com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e se estendeu até a aprovação da chamada “Lei dos Planos”, a lei nº 9.656/98. A Constituição, além de conceber o SUS, estabeleceu que a atuação privada no setor saúde seria regulada pelo Estado, por considerá-la de relevância pública. Bem depois das regulamentações infra-constitucionais do SUS, a saúde suplementar só teve o seu debate parlamentar ativado com a aprovação de um projeto de lei na Câmara dos Deputados em 1997, após anos de tramitação no Senado. Esse projeto era bastante tímido na sua lógica reguladora em relação à proteção e garantia da saúde e foi transformado em uma Medida Provisória (nº 1.655/98), fruto de acordo negociado com todas as forças representativas do segmento e coordenado pelo próprio Ministério da Saúde, que trouxe o tema da saúde suplementar como uma das suas agendas na gestão iniciada em 1998.

Depois de quase quatro décadas de completo descontrole governamental no mercado da saúde suplementar, a Lei 9656/98 modificada pela MP citada, traz importantes avanços no sentido de formatar a atividade no mercado e dar garantias mínimas ao consumidor. Na área econômico-financeira, a legislação definiu com clareza condições de atuação no mercado por parte das operadoras dos agora chamados planos privados de assistência à saúde, exigindo garantias econômico-financeiras para o cumprimento dos contratos. Uniformizou, ainda, a atuação das seguradoras neste setor, tratando-as como operadoras exclusivas de planos privados.

Na dimensão assistencial, ainda que com menor clareza pela sua própria complexidade, o grande avanço foi a exigência para que todas as operadoras pudessem oferecer produtos de atenção integral à saúde, além de proibir qualquer exclusão de patologias constantes do Código Internacional de Doenças, e sem limitação de quantidades de procedimentos, como os famosos limites para internação em UTI. Além destas questões, podem ser considerados avanços no pós-legislação: cobertura mínima obrigatória vinculada a um rol de procedimentos, padronização

assistencial dos planos (ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia, referência e odontológico), comparabilidade por padronização de produtos entre operadoras, impedimento da seleção de risco (operadora “escolhendo” usuários “sadios”), definição e estabelecimento de regras para doença e lesão preexistente, obrigatoriedade da operadora em oferecer o plano referência como condição para atuar no mercado, proibição da subsegmentação por patologias, implementação de sistema de ressarcimento ao SUS, referente a utilização por beneficiários de planos de saúde, quando atendidos em unidades ambulatoriais e hospitalares prestadoras de serviço ao SUS.

A legislação criou um modelo de regulação bipartite. O Ministério da Saúde regulando a produção da assistência à saúde, sendo criado, no âmbito de sua Secretaria de Assistência à Saúde, o Departamento de Saúde Suplementar, com funções de autorização dos produtos comercializados e a fiscalização do setor. Foi criado o Conselho de Saúde Suplementar (CONSU) e a Câmara de Saúde Suplementar. O Ministério da Fazenda permaneceu com a regulação econômico-financeira, com controle de reajustes e a estrutura das operadoras, por meio da Superintendência de Saúde Suplementar (SUSEP), com a manutenção da ação do CNSP.

Esse modelo não teve sucesso, e no decorrer de 1999 se mostrou incapaz de efetivamente regular a totalidade do setor. Para tentar corrigir as falhas, no final daquele ano todas as atribuições foram unificadas sob a responsabilidade do Ministério da Saúde. O CONSU se transforma em Conselho Ministerial, integrados por cinco ministros, incluindo os da Saúde e Fazenda, a Câmara de Saúde Suplementar tem suas atribuições ampliadas, passando a abranger os aspectos econômicos da regulação. O marco desta mudança é a criação da ANS, por meio da Lei nº 9.661/00.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, vinculada ao Ministério da Saúde, assume todas a função regulatórias com algumas vantagens potenciais na sua atuação: autonomia administrativa-financeira, arrecadação própria, decisões em diretoria colegiada, diretores com mandato definido em lei e poder legal conferido às agências para efetivação de suas resoluções, que passam a ter poder de normatização para o setor. Neste item, estão incluídas as figuras da direção fiscal, da liquidação extra-judicial de operadoras e da alienação de carteiras. Um aspecto importante de ser lembrado é o poder de definição de reajustes anuais, revisão técnica e controle dos reajustes por faixa etária.

A ANS hoje funciona com uma diretoria colegiada, com cinco áreas definidas de atuação de cada uma delas. A Diretoria de Produtos cuida das questões relativas às normalizações e acompanhamentos dos produtos comercializados, incluindo os aspectos técnico-assistenciais, de estrutura operacional e econômico-financeiros. A Diretoria de Operadoras regula a atuação das operadoras como estruturas empresariais e seus elementos. A Diretoria de Fiscalização atua realizando operações de fiscalização programadas ou mediante denúncias. A Diretoria de Desenvolvimento Setorial, além de aspectos relativos à prospecção de mercado e desenvolvimento de conhecimento do setor, gerencia o processo de ressarcimento ao SUS e a Diretoria de Gestão

se encarrega das questões gerenciais próprias da agência.

Do ponto de vista da sua atuação descentralizada, existem núcleos da Diretoria de Fiscalização com atuação regional nos seguintes Estados: Pará, Ceará, Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e São Paulo. Existem também unidades estaduais de fiscalização no Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Pernambuco, Paraíba, Paraná, Roraima e Sergipe. As demais diretorias não têm atuação regional.

Encerrada a etapa de estruturação da ANS e definidos os grandes marcos regulatórios brasileiros, o grande desafio que se apresenta é a qualificação de sua atuação como efetiva reguladora do processo de produção de saúde, mediado por operadoras e redes prestadoras privadas, de cerca de 33 milhões de beneficiários. Trata-se do segundo maior contingente do mundo, após os Estados Unidos, de pessoas em sistema de provisão e financiamento privados. Esta atuação exige uma somatória de produção de conhecimento, de investigação de inovações no campo da gestão de sistemas e serviços, de tradução para o campo suplementar de experiências exitosas no SUS e de definição de marcos legais regulamentadores da atenção à saúde em todos os seus aspectos. Estabelecer regras claras e públicas para esta atuação e conseguir efetivamente acompanhar o seu cumprimento, por meio de indicadores de desempenho das operadoras e suas redes, talvez possa ser resumidamente o grande desafio da ANS no campo assistencial. Soma-se a isso a necessidade de ampliação do percentual de contratos abrangidos na lei, os chamados contratos novos, que possuem todas as garantias legais, e que hoje significam aproximadamente 30%.

24.2 RESSARCIMENTO AO SUS

Esse é um mecanismo de responsabilização das operadoras pela garantia da assistência contratada pelos seus beneficiários, quando estes utilizam a rede do SUS. A forma como foi implantado impede a seleção na porta de entrada dos hospitais públicos, preservando princípios do SUS, e promove mensalmente o cruzamento posterior do banco de dados das internações hospitalares do MS (DATASUS) com o cadastro de beneficiários da ANS. O resultado desta relação é cobrado de cada uma das operadoras brasileiras com individualização de procedimentos, por beneficiário e por município. Antes do pagamento final, há uma cadeia de mecanismos de recursos e impugnações. Há retorno financeiro em parte para o Fundo Nacional de Saúde (valores referentes às internações na tabela do SUS) e a diferença entre esta tabela e uma tabela de equivalência (denominada TUNEP) é creditado ao hospital prestador do serviço.

O princípio do ressarcimento é que ele se torne progressivamente próximo de zero, ou seja, situação em que o conjunto das operadoras estão ofertando toda a cadeia de assistência a todos os seus beneficiários. Entretanto, em termos de importância para os gestores do SUS, há a possibilidade de se trabalhar os dados do ressarcimento por Estado e município, disponibilizando

informações sobre a dinâmica da assistência naquele território e contribuindo para o processo de controle e avaliação dos prestadores por parte da gestão.

24.3 INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DA POPULAÇÃO COBERTA POR PLANOS PRIVADOS.

Há uma variação no percentual de população coberta nos Estados e municípios, dado este disponibilizado pela ANS, variando de quase zero em alguns Estados, até a 40% da população de São Paulo. Isto tem interesse evidentemente no planejamento global do gestor para as suas ações assistenciais. Além disto, na ANS foi implantado em 2002 o Sistema de Informação de Produto (SIP), que todas as operadoras alimentam com um conjunto de dados, operacionais e epidemiológicos, que também podem ser utilizados pelos gestores para um melhor conhecimento de sua população, em interação com a população usuária do SUS. Também há a possibilidade, ainda como uma agenda em aberto, de discussão da conformação da rede prestadora de serviços, para o SUS e a saúde suplementar, em que possa ser procurado uma sinergia entre os dois sistemas, com destaque para o tema da incorporação tecnológica, potencialmente impactante nos custos do sistema e interessando a todos no mundo da gestão.

parte

IX

BIBLIOGRAFIA

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Descentralização das ações de vigilância sanitária: Mecanismos de pactuação entre os três níveis de governo. Brasília: ANVISA/CONASS/CONASEMS; [200-].
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vigilância sanitária: Gestão compartilhada, inspeção e financiamento. Gerência Geral de Descentralização. Brasília: ANVISA; 2001.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vigilância sanitária: Responsabilidades compartilhadas entre os três níveis de governo e financiamento - Gerência Geral de Descentralização. Brasília: ANVISA; 1999.
- Associação Brasileira de Medicina de Grupo et al. Padronização de sistemas de informação na área da saúde. São Paulo: ABRAMGE; 1997.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Outra Emenda pior que o soneto: APEC - Novas ameaças ao processo de descentralização da saúde - Editorial. Boletim ABRASCO 2002; p.2-3.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 2002.
- BRASIL. Decreto n. 1232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, v.82, n.167, p.13093, 31 ago. 1994. Seção 1.
- BRASIL. Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2002. Brasília: Senado Federal; 2002.
- BRASIL. Lei n. 8080, 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. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.182, p.18055, 20 set. 1990. Seção 1.
- BRASIL. Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1991. 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. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.249, p.25694, 31 dez. 1990. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa n. 1, de 2 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, v.86, n.3, p.13, 6 jan. 1998. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1013, de 08 de setembro de 2000. Operacionaliza a alimentação do Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), de acordo com as portarias anteriores. Diário Oficial da União, Brasília, v.88, n.175E, p.33, 11 set. 2000. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1020, de 31 de maio de 2002. Define os objetivos e o processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.107E, p.39, 6 jun 2002. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1077, de 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para a aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estará condicionada à

contrapartida dos Estados e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, v.87, n.163E, p.15, 25 ago. 1999b.

•BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1101, de 12 de Junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.112E, p.36, 13 jun. 2002. Seção 1.

•BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1318, de julho de 2002. Define medicamentos da Tabela Descritiva do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SAI/SUS. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.141E, p.68, 24 jul. 2002b.

•BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1329, de 12 de novembro de 1999. Estabelece nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro ao Programa de Saúde da Família, parte integrante do Piso da Atenção Básica - PAB por faixas populacionais de cobertura. Diário Oficial da União, Brasília, v.87, n.218E, p.23, 16 nov. 1999. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1350, de 24 de julho de 2002. Institui o incentivo financeiro adicional vinculado ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.143E, p.81, 26 jul. 2002. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1444, de 28 de dezembro de 2000. Regulamenta a inserção de equipes de saúde bucal no PSF. Diário Oficial da União, Brasília, v.88, n.250E, p.85, 29 dez. 2000. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 157, de 19 de fevereiro de 1998. Estabelece critérios de distribuição e requisitos para qualificação aos incentivos PACS/PSF. Diário Oficial da União, Brasília, v.86, n.58, p.104, 26 mar. 1998. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 16, de 14 dezembro de 2000. Estabelece o Elenco Mínimo e Obrigatório de Medicamentos para a Pactuação na Assistência Básica. Diário Oficial da União, Brasília, v.88, n.242, p.16. 18 dez.2000b.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define critérios a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, v.87, n.47E, p.22, 11 mar. 1999a.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1884, de 18 de dezembro de 1997. Institui o PAB Fixo de, no mínimo R\$ 10,00, e no máximo R\$18,00. Diário Oficial da União, Brasília, v.85, n.247E, p.11, 22 dez. 1997. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa dos Agentes Comunitários e Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, v.85, n.247E, p.11, 22 dez. 1997. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204. Estabelece diretrizes operacionais para a aplicação da Emenda Constitucional nº 29, editada em 5 de novembro de 2002.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2050, de 8 de novembro de 2001. Dispõe sobre critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à assistência farmacêutica

básica e aos valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, v.88, n.215E, p.44, 9 nov. 2001d.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, v.84, n.216, p.22932, 6 nov. 1996. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 227, de 16 de fevereiro de 2001. Aprova as orientações, normas e critérios gerais do Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.35E, p.87, 19 fev. 2001. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 267, de 6 de março 2001. Regulamenta a inserção de equipes de saúde bucal no PSF. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.46E, p.67, 7 mar. 2001. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3122, de 2 de julho de 1998. Estabelece valores de incentivo PACS/PSF sendo o repasse mensal por ACS de R\$2.200,00/ano. Diário Oficial da União, Brasília, v.86, n.25, p.69, 3 jul. 1998. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 33, de 21 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, v.88, n.234E, p.44, 10 dez. 2001j.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 343, de 21 de março de 2001. Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao Programa Saúde da Família, destinado aos municípios participantes. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.57E, p.16, 22 mar. 2001c.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 371, de 4 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.44E, p.88, 6 mar. 2002a.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 1992. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.40E, p.52, 28 fev. 2002. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, v.86, n.215E, p.18, 10 nov. 1998. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3925, de 13 de novembro de 1998. Institui o manual da atenção básica, regulamentando a aplicação dos recursos do PAB. Diário Oficial da União, Brasília, v.86, n.220E, p.8, 17 nov. 1998. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Diário Oficial da União, Brasília, v.81, n.96, p.6960, 24 maio 1993. Seção 1.

• BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 548, de 12 abril de 2001. Aprova o documento "Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadro de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS". Diário Oficial da União,

Brasília, v.89, n.73E, p.18, 16 abr. 2001. Seção 1.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências: Diário Oficial da União, Brasília, v.88, n.96E, p.3, 18 maio 2001. Seção 1.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 868, de 7 de maio de 2002. Fixa em R\$ 2.400,00 (dois mil e quatrocentos reais) o valor do incentivo para cada agente comunitário de saúde por ano. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.87, 8 maio 2002. Seção 1.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.20E, p.23, 29 jan 2001. Seção 1.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 956, de 24 de agosto de 2000. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília:, v.88, n.166E, p.15, 28 ago. 2000a.

Campos GW. Vigilância sanitária - responsabilidade na proteção e promoção da saúde. Cadernos de textos da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; nov. 2001.

- Carta de Intenções da Conferência Internacional em Promoção da Saúde na Região das Américas, Bogotá, 1992. Mimeo.

- Carta de Intenções da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Otawa, Canadá, 1986. Mimeo.

- Carta de Intenções da II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Adelaide, 1988. Mimeo.

- Carta de Intenções da III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Sundsvall, 1990. Mimeo.

- Carta de Intenções da IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Jacarta, 1992. Mimeo. Carvalho GI, Santos L. Sistema Único de Saúde. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8.142/90). 2ª ed. atual. ampl. São Paulo: HUCITEC; 1995.

- Chiavenato I. Gerenciando pessoas: o passo decisivo para a administração participativa. São Paulo: Makron Books; 1992.

- Conferência Nacional de Saúde 3. 1963; Rio de Janeiro, Brasil. Niterói: Fundação Municipal de Saúde de Niterói; 1992.

- Conselho Nacional de Saúde. Caderno da 11(Conferência Nacional de Saúde. Brasília: CNS; [2000]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/11conferencia>

- Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: CNS; 2002.

- Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para a NOB/RH - SUS (versão preliminar). 1ª ed. Brasília: CNS; 2000.

- Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 316, de 4 de abril de 2002 - Aprova a aplicação da Emenda • Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília: CNS; 2002.

- Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 33/1992 - Recomendações para Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília: CNS; 1992.
- Conselho Nacional de Saúde: Recomendação n. 3, de 4 de abril de 2002 - Trata das iniciativas pertinentes para a transformação da MP 33/2002 em Projeto de Lei. Brasília: CNS; 2002.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A NOAS passo a passo: uma síntese dos passos operacionais para a implantação da NOAS/SUS/2001. Nota Técnica CONASS n. 23, de 13 de agosto de 2001. Brasília: CONASS; 2001.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Informações sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 - 26/06/97. Brasília: CONASS; 1997.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica CONASS n. 15/2002 - Resumo Executivo da reunião da Câmara Técnica de Planejamento da Gestão e da Assistência - 11 e 12 de Setembro de 2002. Brasília: CONASS; 2002.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O que muda com a NOAS 01/2002. Nota Técnica CONASS n. 2, de 20 de março de 2002. Brasília: CONASS; 2002.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Uma resenha sobre o processo de implantação do SUS - 1988 a 1998. CONASS Informe Técnico 1999 jan. 26; n. 1.
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Projeto Município Amigo da Criança - Caderno de Legislação Básica do SUS. Brasília: CONASEMS; 1997.
- Dussault J. A Gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Revista de Administração Pública 1992 abr/jun;26(2):8-19.
- Eduardo MBP. Vigilância sanitária para gestores municipais. Mimeo.
- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Mortalidade materna: é possível evitar. Jornal da FEBRASGO 2001 set;8(8).
- Fundação Nacional de Saúde. Agência Federal de Prevenção e Controle de Doenças: perguntas e respostas. Brasília: FUNASA; abril de 2002.
- Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/fns/fns00.htm>, 2002.
- Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 4. ed. rev. ampl. Brasília: FUNASA; 1998. p.1-4.
- Fundação Nacional de Saúde. Manual de utilização do Sistema de Insumos Estratégicos - SIES. Brasília: FUNASA; 2002c.
- Fundação Nacional de Saúde. Programa de Saúde da Família: Saúde dentro de casa. Brasília: FNS; 1994.
- Fundação Oswaldo Cruz. Seminário Nacional de Informações e Saúde : o setor no contexto da sociedade da informação. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. Série FIOCRUZ: Eventos Científicos n. 3.
- Galvão RD, Nobre FF, Vasconcelos MM. Modelos matemáticos de localização no planejamento dos serviços de saúde. Revista de Saúde Pública 1999;33(4):422-434.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Políticas sociais: acompanhamento e análise. Brasília: IPEA; agosto de 2002.
- Instituto SALLUS. O Conselho de Saúde - Manual n. 1, 2000.

- Kliksberg B. A Gerência na década de 90. Revista de Administração Pública 1988 jan/mar;22(1):59-85.
- Melo C, Tanaka OY. O Desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma nova abordagem teórico-empírica. Revista de Administração Pública 2002 mar/abr;36(2):195 -211.
- Melo Jorge MHP, Gotlieb SLD. O Sistema de informação da atenção básica como fonte de dados para o Sistema de Informação sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos. Informe Epidemiológico do SUS 2001;10(1):7-18.
- Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
- Mendes EV. Uma agenda para saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996.
- Mendonça CS, Sampaio LFR, Lima PGA. Saúde da família: avanços, desafios e perspectivas. Revista Brasileira da Saúde da Família 2002 maio;2(5).
- Mendonça EF, Cosenza GW, Carvalho DM, Gutierrez EB, Sevalho G, Ribeiro JGL, Toledo L, Alfradique MEM, Teixeira MG, Carvalho MS, Liebel M, Oliveira OL, Ladeira RM. Repensando a vigilância epidemiológica - Relatório. In: Costa & Souza, organizador. Qualidade de vida: Compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: COOPMEED/ABRASCO; 1994. p.277-280.
- Mércahn-Hamann E, Tauil PL, Costa MP. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. Informe Epidemiológico do SUS 2000;9(4):273-284.
- Merhy EE. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo [tese]. Campinas (SP): UNICAMP; 2000.
- Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Instruções Técnicas para a sua Organização. Brasília: MS; 2001a
- Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: MS; 2000.
- Ministério da Saúde. Campanha Nacional de detecção de suspeitos diabetes mellitus março-abril 2001: Relatório das ações se resultados alcançados: Estudo de cobertura da campanha e impacto no perfil nacional de exames diagnósticos realizados. Brasília: MS; 2001.
- Ministério da Saúde. Controle e prevenção combatem doenças crônicas. Revista de Hipertensão & Diabetes 2002 abr;1(2).
- Ministério da Saúde. Documento Final da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde. Brasília: MS; 1994.
- Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Relatório de Atividades de 2001. Brasília: MS; 2002.
- Ministério da Saúde. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças. Brasília: MS; 2001i.
- Ministério da Saúde. Guia prático do programa de saúde da família: manual de orientação sobre o programa de saúde da família. Brasília: MS; 2001.
- Ministério da Saúde. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - o que é e como funciona. Brasília: MS; 2001e.
- Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica 2000-
- Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental, 1990-2002. 3.^a ed. rev. atual. Brasília: MS; 2002.

- Ministério da Saúde. Manual do usuário do SIS - PPI: Sistema Informatizado de Programação da Assistência à Saúde - Programação Pactuada e Integrada, versão 3.04. Brasília: MS; outubro 2001.
- Ministério da Saúde. Manual para organização da atenção básica. Brasília: MS; 1998.
 - Ministério da Saúde. Modalidades de contratação de agentes comunitários de saúde: um pacto tripartite. Brasília: MS; 2002.
 - Ministério da Saúde. Oficina de Capacitação de Multiplicadores. Divulgação do Documento de Consenso Terapêutico ARV em Adulto/Adolescentes. Rio de Janeiro: Coordenação Nacional DST/AIDS; 2001g.
 - Ministério da Saúde. Organização e programação da assistência: Subsídios para a programação da assistência ambulatorial e hospitalar - versão preliminar. Brasília: MS; 2001.
 - Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde. Natal: UFRN; 1999.
 - Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
 - Ministério da Saúde. Plano de reorganização da saúde bucal na atenção básica. Brasília: MS; 2001.
 - Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS; 2000.
 - Ministério da Saúde. Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde: concepção, seleção e lotação de equipes. Brasília: MS; 2001.
 - Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: informe técnico institucional. Revista de Saúde Pública 2002 jun;34(3):316-319.
 - Ministério da Saúde. Programação de Medicamentos Tuberculostáticos: Manual de utilização do software. Brasília: MS; 2001f.
 - Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde - PROMED: informe técnico institucional. Revista de Saúde Pública 2002 jun;36(3):375-378.
 - Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Experiências Saudáveis 1999 nov/dez;1(2).
 - Ministério da Saúde. Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes. Brasília: MS; 2001h.
 - Ministério da Saúde. Reduzindo as desigualdades e ampliando a assistência à saúde no Brasil 1998-2002. Brasília: MS; 2002.
 - Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde. Aprofundando a descentralização com equidade de acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar). Brasília: MS; 2001. Série A: Normas e Manuais Técnicos.
 - Ministério da Saúde. Regionalização da assistência à saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002 (Portaria MS/GM número 373, de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar). 2ª ed. rev. atual. Brasília: MS; 2002. Série A: Normas e Manuais Técnicos.
 - Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Brasília: MS; 2002d.
 - Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Brasília: MS; 2000c.

- Ministério da Saúde. Relatório Final do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico 2002 jul. 11-12; Brasília, Brasil. Brasília: MS; 2002.
- Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família 1999-
- Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2002 maio 2ª quinzena; edição 74.
- Ministério da Saúde. Saúde: promovendo educação profissional. Brasília: MS; maio 2002.
- Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde: Relatório de gestão 1998/2001. Brasília: MS; 2002.
- Ministério da Saúde. Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - SIFAB. Brasília: MS; 2001b.
- Ministério da Saúde. Sistemas de saúde, serviços de saúde, qualidade de vida e estrutura dos serviços. Brasília: MS; 2000.
- Moraes IHS, Santos SRFR. Informação em saúde: os desafios continuam. Ciência & Saúde Coletiva 1998;III(1):37-51.
- Moraes IHS. Informação em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: HUCITEC; 1994.
- Moraes IHS. Política, tecnologia e informação em saúde - a utopia da emancipação. Salvador: ISC/UFBa; 2002.
- Motta PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. 3ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1993.
- O'Dwyer GC, Pastrana R. Políticas socioeconômicas e seus impactos na saúde - Papel do Estado e da Sociedade. Conferência apresentada, Belo Horizonte, 2000. Mimeo.
- O'Dwyer GC. A justiciabilidade das políticas públicas. Trabalho apresentado no Seminário Sistema de Justiça e a garantia do direito à Saúde, Faculdade de Saúde Pública - USP, São Paulo, setembro, 2002. Mimeo.
- O'Dwyer GC. Trabalho, ética e necessidades sociais em saúde. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Sobre Políticas de Recursos Humanos em Saúde, Brasília, outubro, 2002. Mimeo.
- Oliveira M. Financiamento das ações de vigilância sanitária no Sistema Único de Saúde In: Cadernos nº 4 - Vigilância Sanitária. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2001.
- Organização da Vigilância Sanitária - Oficina 7. In: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas 2002 ago. 11-14; São Paulo, Brasil.
- Organização das Nações Unidas. Relatório IDH - 2000. Washington: ONU; [2001].
- Organização Mundial da Saúde. Alma-Ata, 1978. Cuidados primários de saúde. Brasília: OMS; 1979.
- Paim JS. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta "Saúde para Todos". In: Conferência Regional Tendências futuras e a renovação da meta saúde para todos. Rio de Janeiro: UERJ; 1998. Série Estudos em Saúde Coletiva; n. 175.
- Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra hegemonia. Interface 2001;5(9):133-149.
- Paim JS. Saúde, política e reforma sanitária: CEPS Centro de Estudos e Projetos em Saúde. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva-ISC; 2002.

- Pereira CS. Aprendizagem, educação e trabalho na sociedade do conhecimento. *Revista de Administração Pública* 2001 nov/dez;35(.6):107-171.
- PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva. Reforma, Tecnologia e Recursos Humanos. 1998;8(2). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
- Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. 2001 dez. 11-15; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p.7-9.
- Rubinstein E. *Introducción a la medicina familiar: Profam: Programa de Educación a Distancia da Medicina Familiar y Ambulatoria*. 2ª ed. Buenos Aires: Fundación MF; 2001.
- Sampaio LFR, Souza HM. Atenção básica: políticas, diretrizes e modelos coletâneos no Brasil atual. In: Negri B, Faria R, Viana AL, organizadores. *Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho*. Campinas: NEEP/UNICAMP; 2002
- Scatena JHG, Tanaka OY. Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso. *Informe Epidemiológico do SUS* 2001;10(1):19-30.
- Siqueira JC. Gestão em vigilância sanitária. In: *Cadernos de Saúde nº 4 - Vigilância Sanitária*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2001.
- Souza RR. *O Sistema público de saúde brasileiro*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Starfield B. *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologia*. Barcelona: MASSON; 2001.
- Starfield B. *Avaliação de programas e sistemas de atenção primária: um enfoque da população*. La Plata: [s.n]; 1998.
- Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
- Teixeira CF, organizador. *Promoção e vigilância da saúde: CEPS Centro de Estudos e Projetos em Saúde*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva - ISC; 2002.
- Teixeira CF, Paim JS, Vilasboas AV. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe Epidemiológico do SUS* 1998 abr/jun;7(2):7-28.
- Teixeira CF. *O futuro da prevenção*. Salvador: Casa da Qualidade - ISC; 2001.
- Vasconcellos MM, Moraes IHS, Cavalcante MT. Política de saúde e potencialidades de uso das tecnologias de informação. *Revista Saúde em Debate* 2002;26(61):219-235.
- Vasconcellos MM. *Modelos de localização e sistemas de informações geográficas na assistência materna e perinatal: uma aplicação no município do Rio de Janeiro [Tese]*. Rio de Janeiro (RJ): UFRJ; 1997. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/~miguel/tese>.
- Vasconcellos MM. *Serviços de Saúde: Uma revisão de processos de regionalização, análises de padrões espaciais e modelos de localização*. In: Najar AL, Marques EC, organizadores. *Saúde e espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise*. Capítulo 3. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p.63-92.
- Zurro AM, Pérez JFC. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. 4. ed. Barcelona: Ediciones Harcourt; [s.d.].

