MINISTÉRIO DA SAÚDE

CURSO BÁSICO DE REGULAÇÃO CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO SUS

Brasília – DF

2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS
SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS

CURSO BÁSICO DE REGULAÇÃO CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO SUS

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

2ª Edição Revista e Ampliada

Brasília – DF

2011

Tiragem: 1ª edição – 2006 – 2.000 exemplares
2ª edição – 2011 – 3.000 exemplares

Elaboração distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde - SAS
Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas – DRAC
SAF/SUL, Trecho 2, Lote 5/6 - Bloco F, Torre II, Edifício Premium, 3º andar, sala 303
CEP 70070-600, Brasília – DF
Tel.: (61)3306-8400

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS
SAF/SUL, Trecho 2, Lote 5/6 - Bloco F, Torre I, Edifício Premium, 2º andar
CEP 70070-600, Brasília – DF
Tel.: (61)3306-7337

1ª Edição
Coordenação técnica: Claunara Schilling Mendonça; Débora do Carmo; Marília Cristina Prado Louvison
Cooperação técnica: Organização Panamericana da Saúde – OPAS – Júlio Suarez (Coordenador da Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde)

2ª Edição
Coordenação técnica: Leonardo Dutra Lemos; Marilia Cristina Prado Louvison; Rosângela Franzese; Vanderlei S. Moya
Cooperação técnica: Organização Panamericana da Saúde – OPAS – Diego Victoria - Representante OPAS no Brasil

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: http://www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:
Normalização: Márcia Cristina Tomaz de Aquino
Revisão: Marcia Medrado Abrantes
Júlio Maria de Oliveira Cerqueira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil
Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas.
Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
247 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1814-1

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Regulação. 3. Auditoria. 4. Avaliação institucional. I. Brasil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. II. Título. III. Série.

CDU 614.2:351.77

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0181

Títulos para indexação:
Em inglês: Basic course of regulation, control, evaluation and auditing of the SUS
Em espanhol: Curso básico de regulación, control, evaluación y auditoría del SUS

SIGLAS

AB – Atenção Básica
ADTC- Ato das Disposições Transitórias Constitucionais
AIDS– inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS – Ações Integradas de Saúde
ANS - Agência Nacional de Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade
APS – Atenção Primária à Saúde
BDP – Boletim de Diferença de Pagamento
BPA – Boletim de Processamento Ambulatorial
BPAI – Boletim de Processamento Ambulatorial Individualizado
BRICs – Brasil, Rússia, Índia e China – países emergentes
CA – Comunicado de Auditoria
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CB – Curso Básico
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CDCO – Centrais de Doação e Captação de Órgãos
CERAC – Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade
CES – Conselho Estadual de Saúde
CF - Constituição Federal
CGU – Controladoria Geral da União
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIH – Comunicação de Internação Hospitalar
CIT – Comissão Intergestores Triparte
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRAC – Centro Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPF – Cadastro de Pessoas Físicas
DAB – Departamento de Atenção Básica – MS
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC – Emenda Constitucional
ESF – Equipe Saúde da Família
ESF – Estratégia Saúde da Família
FAEC- Fundo de Ações Estratégicas e Compensatórias
FCES – Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde
FMS- Fundo Municipal de Saúde
FNS – Fundo Nacional de Saúde
FPO – Ficha de Programação Físico-orçamentária
GAP- Guia de Autorização de Pagamento
GM – Gabinete do Ministro
GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial
HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAPAS - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPs -Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA – Lei Orçamentária Anual
LOAS – Leis Orgânicas da Saúde
MAC – Média e Alta Complexidade

MERCOSUL – Mercado Comum da América do Sul
MS – Ministério da Saúde
MS – Ministério da Saúde.
NOAS - Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OPM – Órtese de Prótese e Medicamentos
OSS – Orçamento da Seguridade Social
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAS – Programação Anual de Saúde
PDR- Plano Diretor de Regionalização
PIB – Produto Interno Bruto
PlanejaSUS- Sistema de Planejamento do SUS
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNASH – Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PPA – Plano Plurianual
PPI – Programação Pactuada e Integrada
PNS – Plano Nacional de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
PT – Portaria
RAG - Relatório Anual de Gestão
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RCAA – Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SAMHPS – Sistema de Autorização Médico-Hospitalar da Previdência Social
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde – MS
SF – Saúde da Família
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação de Nascimentos
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAUD – Sistema de Auditoria do SUS
SISCNS – Sistema de Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde
SISPRENATAL – Sistema Acompanhamento Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISREG – Sistema de Regulação em Saúde
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SP - Serviços Profissionais
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TAS - Termo de Ajuste Sanitário
TCEP – Termo de Cooperação entre Entes Públicos
TCG – Termos de Compromisso de Gestão
TCU – Tribunal de Contas da União
TFD – Tratamento Fora do Domicílio
UBS – Unidade Básica de Saúde
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Ao apresentar a primeira edição do Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS- CB RCAA, o Ministério da Saúde manifestava o desejo de que "em curto prazo, um grande volume de saberes e práticas possam ser sistematizados e agregados ao processo."

Confirmando a materialização desse desejo, trazemos a público esta nova versão, revista e ampliada, do CB RCAA, para dar continuidade ao processo, iniciado em 2005 com a primeira versão, de formar quadros estratégicos e gerenciais de maneira propositiva e crítica, trazendo competência e transparência para as áreas de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS.

A experiência com a multiplicação do curso mostrou o acerto da proposta: a metodologia integrada, democrática e problematizadora, permitiu o engajamento de muitos profissionais das áreas, agregando saber e competência, fortalecendo o comprometimento com a qualidade da gestão.

Este acúmulo nos permitiu também reunir um grupo de profissionais capazes de debruçar-se sobre o material do Curso e produzir esta nova versão, não para superar a primeira, mas para ser mais um ponto de aprimoramento e ampliação do trabalho iniciado. As rápidas transformações pelas quais passam estas áreas exigiram e sempre exigirão momentos de atualização, reavaliação e produção técnica para responder às necessidades.

Assim, fazemos nossas as palavras já manifestadas na primeira versão: "estamos apenas sistematizando uma obra coletiva e nos comprometendo a fazer dela um movimento contínuo de educação permanente dos trabalhadores da saúde e de aprimoramento da gestão pública do Sistema de Saúde Brasileiro".

Bom movimento a todos!

MINISTÉRIO DA SAÚDE

INTRODUÇÃO

As inúmeras transformações que o SUS vem produzindo ao longo de sua implantação e o aprimoramento da gestão trouxe como desafios uma maior capacidade regulatória e fiscalizatória frente aos prestadores de serviços de saúde. Se, por um lado, a otimização dos recursos e a transparência da sua aplicação repercutem positivamente na avaliação feita pela sociedade, por outro, a centralidade no cidadão traz para pauta o acesso, a qualidade e a humanização, enquanto prioridades da gestão do SUS. Este curso pretende atender as expectativas de gestores e técnicos das áreas de controle e avaliação, bem como das áreas de regulação e auditoria no SUS.

Trabalhamos em ambientes adversos, onde lógicas e interesses distintos convivem lado a lado e estrangulam o sistema, com recursos finitos, acesso universal e veloz incorporação tecnológica. O gestor descentralizado do SUS, no âmbito estadual e municipal, está mais próximo à realidade sanitária e de serviços. Mas nem sempre tem a condição plena de incorporar, capacitar e manter equipes competentes e acima de tudo comprometidas.

Este curso foi produzido a partir da prática dos serviços, e conjuntamente concebido e elaborado, com o propósito de agregar conhecimento à gestão. Esperamos que traduza aos gestores as questões que permeiam suas áreas específicas, e que, acima de tudo, traduzam às suas áreas técnicas, as angústias e necessidades da gestão.

A aprovação do Pacto pela Saúde com a publicação da Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, além de reafirmar o compromisso dos gestores de saúde das três esferas do governo com os princípios e diretrizes do SUS, traz a regionalização da saúde com mais força na agenda do SUS. A regionalização é um dos eixos estruturantes do Pacto, orientando para a descentralização das ações, dos serviços de saúde e dos processos de negociação e pactuação entre os gestores e colocando grandes desafios para o desenvolvimento das ações de regulação.

OBJETIVOS

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

São objetivos específicos:

- Renovar o compromisso com os princípios e diretrizes do SUS;
- Reconhecer o SUS como um processo social em construção;
- Favorecer a reflexão e apropriação de modelos de atenção à saúde que melhor implementem os princípios e diretrizes do SUS;
- Conhecer e afirmar a importância do planejamento e programação para a gestão do SUS;
- Conhecer e afirmar a importância do financiamento e do controle social para o aprimoramento do SUS e o papel das áreas de RCAA neste processo;
- Promover a apropriação dos conceitos de Regulação como macro função do Estado e suas especificidades no setor saúde;
- Promover a apropriação dos conceitos e diretrizes na regulação de sistema de saúde e da atenção à saúde no SUS, ressaltando sua integração com as áreas de controle, avaliação e auditoria;
- Promover a reflexão crítica sobre a Regulação de serviços de saúde, suas estratégias e modalidades de formalização;
- Promover a reflexão crítica e afirmar a importância do acesso dos usuários aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades e as estratégias para sua viabilização;
- Estimular a integração teoria e pratica, possibilitando aos participantes a aplicação dos conhecimentos na sua pratica cotidiana;
- Promover a reflexão e afirmar a importância do uso e produção das informações em saúde, atualizando suas estratégias e especificidades no SUS;
- Revisar e atualizar as práticas de controle das ações de assistência no SUS;
- Afirmar a importância e conhecer as estratégias de monitoramento das ações de assistência no SUS;
- Promover a cultura avaliativa e o uso de indicadores para avaliação dos sistemas e dos serviços de saúde;
- Favorecer o reconhecimento e a apropriação do papel da auditoria no SUS como ferramenta de gestão, integrada aos processos de planejamento, regulação, avaliação e controle;
- Compreender o processo de trabalho em auditoria com ênfase no planejamento, no plano de trabalho e na execução da auditoria analítica;
- Compreender o processo de trabalho em auditoria com ênfase no planejamento, no plano de trabalho e na execução da auditoria operativa.
- Conhecer as particularidades da auditoria em gestão de sistemas de saúde.

ESTRUTURA GERAL

O Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS está proposto em quatro módulos de dezesseis horas, cada um composto de quatro oficinas, com duração proposta de quatro horas, com orientação de, pelo menos, dois tutores. É formado pelos módulos: SUS, Regulação, Controle e Avaliação e o de Auditoria, com a preocupação de relacioná-los. A proposta contempla ainda um momento inicial de apresentação, uma atividade em dispersão e um momento final de avaliação. Dessa forma a carga horária total compõe oitenta horas.

Para a multiplicação de novos cursos será oferecido um quinto módulo específico para a formação de tutores. Os tutores deverão ter feito o curso integralmente e esse módulo deverá ser um espaço de reflexão e formação a partir das referências epistemológicas da educação popular, da teoria da complexidade, da gestão do conhecimento e dos novos paradigmas do conhecimento.

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

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

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

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

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

CONFIGURAÇÃO PROGRAMÁTICA

OFICINA INTRODUTÓRIA

- Apresentação do curso: leitura dos textos de introdução, apresentação, objetivos e estrutura
- Contrato de trabalho
- Apresentação do filme "Ilha das Flores", de Jorge Furtado.

MÓDULO 1 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Oficina 1.1 – Políticas Públicas de Saúde

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

Conteúdos:
- A Política da Seguridade Social e o Direito à Saúde
- Evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil
- O Sistema Único de Saúde: uma construção processual
- Princípios e diretrizes do SUS
- As Leis Orgânicas da Saúde e as Normas Operacionais da Saúde
- Pacto de Gestão

Oficina 1.2 – Modelos de Atenção à Saúde

Objetivo:
- Favorecer a reflexão e apropriação de modelos de atenção à saúde que melhor implementem os princípios e diretrizes do SUS.

Conteúdos:
- Dimensões que caracterizam os modelos de atenção.
- Modelos de Atenção à saúde no Brasil.
- Modelos de atenção coerentes com os princípios e diretrizes do SUS.
- O desafio da fragmentação do sistema de saúde
- As redes integradas de serviços de saúde
- As linhas de cuidado

Oficina 1.3 – Gestão e Planejamento em Saúde

Objetivo:
- Conhecer e afirmar a importância do planejamento e programação para a gestão do SUS.

Conteúdos:
- Histórico do planejamento no SUS
- Sistema de Planejamento do SUS
- Programação em Saúde e a Programação Pactuada Integrada
- Parâmetros para a Programação de Ações de Saúde
- Articulação entre o planejamento no SUS e o orçamento público
- Momentos do planejamento e os instrumentos de gestão do SUS

Oficina 1.4 – Financiamento e Controle Social

Objetivo:
- Conhecer e afirmar a importância do financiamento e do controle social para o aprimoramento do SUS e o papel das áreas de RCAA neste processo.

Conteúdos:
- O Financiamento na Saúde
- O Financiamento da Saúde no Brasil
- Despesas com ações e Serviços de Saúde
- Fundos de Saúde
- Modalidades de Repasse
- Pacto de Gestão e Financiamento
- Controle Social
- Participação popular e controle social
- Conselhos de Saúde
- Ouvidoria do SUS

MÓDULO 2 – REGULAÇÃO NO SUS

Oficina 2.1 – Regulação em Saúde

Objetivo:

- Promover a apropriação dos conceitos de Regulação como macro função do Estado e suas especificidades no setor saúde.

Conteúdos:

- Regulação Pública
- Regulação no Setor Saúde
- Evolução histórica da regulação em saúde no Brasil

Oficina 2.2 – Regulação da Atenção à Saúde

Objetivo:

- Promover a apropriação dos conceitos e diretrizes na regulação de sistema de saúde e da atenção à saúde no SUS, ressaltando sua integração com as áreas de controle, avaliação e auditoria.

Conteúdos:

- Diretrizes da Política Nacional de Regulação
- Mecanismos e Instrumentos de Regulação
- A Gestão do Fluxo Regulado

Oficina 2.3 – Regulação de Serviços de Saúde

Objetivo:

- Promover a reflexão crítica sobre a Regulação de serviços de saúde, suas estratégias e modalidades de formalização.

Conteúdos:

- Regulação dos serviços de saúde
- Cadastramento dos serviços de saúde
- Credenciamento das redes de alta complexidade
- Contratação e contratualização dos serviços de saúde
- Participação da iniciativa privada
- Tipos de contratos
- Diferenças básicas entre contratos e convênios
- Relação dos contratos com os processos de gestão

Oficina 2.4 – Regulação do Acesso à Atenção

Objetivo:

- Promover a reflexão crítica e afirmar a importância do acesso dos usuários aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades e as estratégias para sua viabilização.

Conteúdos:

- A regulação do acesso
- Principais ações para efetivar a Regulação do Acesso
- Instrumentos de regulação do acesso aos serviços de saúde
- O papel dos protocolos assistenciais
- Complexos Reguladores
- Centrais de Regulação.
- Estratégias de Regulação
- Sistemas Informatizados
- Central Nacional de Regulação de Alto Custo – CNRAC
- Processo Autorizativo

ATIVIDADES EM DISPERSÃO

Objetivo:

- Estimular a integração teoria e pratica, possibilitando aos participantes a aplicação dos conhecimentos na sua pratica cotidiana.

MÓDULO 3 – CONTROLE E AVALIAÇÃO NO SUS

Oficina 3.1 – Informação em Saúde

Objetivo:

- Promover a reflexão e afirmar a importância do uso e produção das informações em saúde, atualizando suas estratégias e especificidades no SUS.

Conteúdos:

- Informação em Saúde
- Sistemas de Informações
- Dados e informações
- Construção e uso de indicadores
- Importância dos sistemas de informações para a regulação, controle, avaliação e auditoria

Oficina 3.2 – Controle da Atenção à Saúde

Objetivo:

- Revisar e atualizar as práticas de controle das ações de assistência no SUS.

Conteúdos:

- Evolução das ações de controle da Atenção á Saúde
- Processos de trabalho inerentes ao controle das ações e serviços de saúde no SUS
- Tabela unificada de procedimentos, medicamentos e insumos estratégicos
- Controle da assistência ambulatorial
- Controle da assistência hospitalar

Oficina 3.3 – Monitoramento da Atenção à Saúde

Objetivo:

- Afirmar a importância e conhecer e as estratégias de monitoramento das ações de assistência no SUS.

Conteúdos:

- Monitoramento em Saúde
- A importância do registro e acompanhamento sistemático de indicadores do SIA e SIH
- Monitoramento da produção ambulatorial e hospitalar
- Indicadores SIA e SIH.

Oficina 3.4 – Avaliação da Atenção à Saúde

Objetivo:

- Promover a cultura avaliativa e o uso de indicadores para avaliação dos sistemas e dos serviços de saúde.

Conteúdos:

- Avaliação em saúde.
- Avaliação de Sistemas de saúde.
- Avaliação de Serviços de saúde.
- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)
- Pesquisas de Satisfação de Usuários e Trabalhadores
- Avaliação da Atenção Básica: a Estratégia da Saúde da Família

---

MÓDULO 4 – AUDITORIA NO SUS

Oficina 4.1 – Auditoria no SUS

Objetivo:

- Favorecer o reconhecimento e a apropriação do papel da auditoria no SUS como ferramenta de gestão, integrada aos processos de planejamento, regulação, avaliação e controle.

Conteúdos:

- Auditoria como estratégia para a responsabilização social.
- Auditoria no Sistema Único de Saúde
- Diretrizes da Auditoria no SUS
- Sistema Nacional de Auditoria - SNA
- Objetos e Objetivos da Auditoria em Saúde
- Classificação das Auditorias

Oficina 4.2 – Auditoria Analítica

Objetivo:

- Compreender o processo de trabalho em auditoria com ênfase no planejamento, no plano de trabalho e na execução da auditoria analítica.

Conteúdos:

- O processo de trabalho da auditoria
- Auditoria Analítica
- Utilização de informações do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA),
- Utilização de informações do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD)

Oficina 4.3 – Auditoria Operativa

Objetivo:

- Compreender o processo de trabalho em auditoria com ênfase no planejamento, no plano de trabalho e na execução da auditoria operativa.

Conteúdos:

- Auditoria Operativa ou *in loco*
- O trabalho de auditoria e a fraude documental
- Execução da Auditoria Operativa
- Justificativa do auditado
- Encaminhamentos e acompanhamentos das ações saneadoras/corretivas

Oficina 4.4 – Auditoria de Gestão

Objetivo:

- Conhecer as particularidades da auditoria em gestão de sistemas de saúde

Conteúdos:

- Auditoria de Gestão dos Sistemas de Saúde
- Auditoria de Gestão dos recursos financeiros no SUS
- Termo de Ajuste Sanitário - TAS

SISTEMATIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM

AVALIAÇÃO

MÓDULO 1
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- **Oficina 1.1 – Políticas Públicas de Saúde**
- **Oficina 1.2 – Modelos de Atenção à Saúde**
- **Oficina 1.3 – Gestão e Planejamento em Saúde**
- **Oficina 1.4 – Financiamento e Controle Social**

Oficina 1.1 – Políticas Públicas de Saúde

Objetivos:

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

Conteúdos:

- A Política da Seguridade Social e o Direito à Saúde
- Evolução das Políticas Públicas de Saúde no Brasil
- O Sistema Único de Saúde: uma construção processual
- Princípios e diretrizes do SUS
- As Leis Orgânicas da Saúde e as Normas Operacionais da Saúde
- Pacto pela Saúde

Atividades:

1. Assista ao filme "História das Políticas de Saúde no Brasil" e discuta em plenária as seguintes questões:
   a. Quais os pontos mais importantes no filme apresentado?
   b. Você participou dessa história?
   c. Qual sua inserção nessa história?

2. Em grupo, discuta um dos princípios do SUS. Elabore em consenso uma definição conceitual deste princípio/diretriz, quais as principais estratégias para sua implementação e desafios atuais. Sistematize as conclusões para apresentação em plenária.

3. Em plenária apresente as conclusões da atividade anterior. Participe da sistematização desta Oficina.

4. Assista aos filmes 20 anos de SUS e Pacto pela Saúde 2006.

5. Leia em momento de seu interesse, o texto de apoio desta oficina – pags. 22 a 30.

6. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na página 31.

1. A POLÍTICA DE SEGURIDADE SOCIAL E O DIREITO À SAÚDE

Historicamente, o Estado, não esteve sempre presente na organização humana, mas na medida em que ocorre o crescimento da população e conseqüentemente, a complexidade das sociedades, também se inicia o seu desenvolvimento histórico. Uma de suas principais funções é funcionar como o grande mediador das relações sociais, controlando os conflitos e provendo necessidades. Sendo assim, o Estado assume as mais variadas formas, de acordo com as condições de cada tempo e lugar, dos Estados teocráticos e centralizados da antiguidade oriental aos Estados democráticos e mesmo totalitários de nossos dias. O fato é que o Estado tal qual conhecemos hoje, embora guarde profundas semelhanças com instituições políticas antigas, é fruto de um processo de formação que se inicia no final da Idade Média, com a dissolução do Estado teocrático feudal e a organização do Estado Moderno atual.

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

Proteção social é uma "rede de solidariedade"; a solidariedade institucionalizada tanto pode abranger a noção de cidadania social quanto limitar-se a categorias ocupacionais ou, ainda, ao âmbito familiar e local. Antigos sistemas de proteção social são: família; associações da comunidade; instituições religiosas e filantrópicas; já os modernos sistemas de proteção social são as categorias profissionais e o Estado.

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

- **Modelo da Assistência Social ou Residual**: o mercado é o canal de satisfação das demandas sociais de acordo com os interesses individuais e seu poder aquisitivo. A ação pública é suplementar e compensatória, dirigida aos pobres. Estes têm de provar sua pobreza e recebem os benefícios de acordo com a disponibilidade de recursos, garantida por doações privadas, públicas e trabalho voluntário. Os benefícios, como caridade, não se configuram como direito, mas desqualificam, têm caráter preventivo, educativo e punitivo, podendo ser acompanhado da perda de outros direitos, daí o caráter de Cidadania Invertida.

- **Modelo do Seguro Social ou Meritocrático**: o Estado responde às demandas sociais dos trabalhadores formais e suas famílias, com financiamento baseado em contribuições de empregados, empregadores e Estado. Em geral, são sistemas de organização fragmentada que prestam serviços e benefícios também diferenciados. Embora tenha uma base de solidariedade, o princípio meritocrático de receber benefícios e serviços segundo o grau de contribuição e na condição de inserção na estrutura produtiva cria o status de privilégio, sob qual mérito é requerida a cidadania, transformando-a em Cidadania Regulada.

- **Modelo da Seguridade Social**: o Estado, mediante ação centralizada e unificada, procura garantir a toda população um mínimo vital em termos de renda, bens e serviços segundo um ideal de justiça social. Tanto a administração quanto o financiamento são de responsabilidade estatal. Os benefícios e serviços têm por base um mínimo que assegure a redistribuição da riqueza social e a correção das desigualdades de mercado. São concedidos segundo necessidades e direitos universalizados. O padrão de intervenção governamental busca conjugar políticas sociais e econômicas como estratégia de desenvolvimento. Predomina na relação Estado/sociedade a Cidadania Universal.

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

A Constituição de 88 criou o SUS com os seguintes objetivos: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular a política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos, bem como estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação; e, assistir as pessoas por intermédio das ações assistenciais e das atividades preventivas.

A EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

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

Até a chegada da Corte portuguesa ao Rio de Janeiro (1808), os poucos médicos, membros da elite, se encontravam nas cidades maiores e atendiam somente as camadas mais altas da população. A partir de 1808, foram criadas as primeiras instâncias de saúde pública por aqui, basicamente encarregadas de habilitar e fiscalizar o registro daqueles que se dedicavam à arte da cura (médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras, sangradores, etc.) e fiscalizar os navios para impedir que chegassem novas doenças nas cidades costeiras.

De modo geral, o poder público só atuou controlando epidemias como as de febre amarela, malária, peste bubônica, varíola e, mais recentemente, meningite meningocócica, dengue, poliomielite, AIDS etc., para garantir a manutenção e o desenvolvimento das forças econômicas dentro do modelo estabelecido para o Brasil ou quando essas epidemias colocavam em risco a saúde das elites.

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. Este fato demonstra que muito tempo antes da promulgação da Constituição Federal – CF de 1988, já era anseio da sociedade brasileira, protagonizada no setor saúde, a organização de um sistema de saúde único e universal.

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

No entanto, manteve-se ainda por muito tempo um modelo de organização do aparelho de Estado cindido: em que o Ministério da Previdência Social detinha os recursos para a assistência médica 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.

A assistência médica se dava no âmbito das instituições relacionadas à Previdência Social, enquanto o Ministério da Saúde desenvolvia, quase que exclusivamente, ações de promoção e proteção da saúde, por meio de atividades educativas, preventivas, e algumas ações para recuperação da saúde. O Ministério da Saúde realizava algumas atividades de assistência médica em poucos hospitais especializados, nas áreas de psiquiatria e tuberculose dirigidas à população indigente não inserida no mercado de trabalho, que contava também com as Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Universitários.

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

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

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

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

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

pública de saúde, preconizando o que deveria acontecer a partir de 1987 com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Em 1988, o setor saúde vivenciou um momento singular na sua história. A Assembléia Nacional Constituinte criou o Sistema Único de Saúde (SUS), dentro dos preceitos indicativos do movimento da Reforma Sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo reproduzido nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais. A Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, promulgada em 1990, definiu as atribuições e competências de cada nível de governo. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a legislação infraconstitucional estabeleceram uma concepção ampliada de direito à saúde, afirmando-o como direito humano fundamental.

Com a promulgação da Constituição de 1988, iniciou-se a implantação do SUS e aprofundou-se a reforma organizacional do setor Saúde. O INAMPS foi extinto em 1993 e suas responsabilidades foram absorvidas pelo Ministério da Saúde. Foram estabelecidas as instâncias de controle social, assim como as de pactuação entre gestores. Desde então, 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 Emenda Constitucional - 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, colocou para toda a sociedade este imenso desafio: construir um novo sistema, transformando o modelo de atenção à saúde individual e coletiva, tornando-o dinâmico e apto a atender as diferentes e diversificadas demandas da população brasileira.

Quadro 1 –Construção processual do SUS

1953 – criação do MINISTÉRIO DA SAÚDE

1963 - 3ª Conferência Nacional de Saúde

1974 – PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento)

1978 – Conferência de Alma-Ata (Prioriza a Atenção Básica)

1980 – CONASP (Conselho Nacional de Saúde e Previdência)

1982 – AIS (Ações Integradas de Saúde)

1986 – 8ª Conferência Nacional de Saúde

1987 – SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde)

1987 - INAMPS – Atendimento Universal (Pt. Hésio Cordeiro)

1988 – CONASEMS (Oficialização da Representação Nacional dos SMS)

1988 – Constituição Federal / SUS

1990 – LOS (Leis Orgânicas da Saúde – 8.080 / 8.142)

1991 – NOB-SUS 91 (Norma Operacional Básica do SUS)

1992 – CIT / CIBs (Instâncias Privilegiadas de Pactuações Operacionais)

1993 – NOB-SUS 93

1993 – Lei 8.689 - Extingue o INAMPS e cria o SNA (Sist. Nac. de Auditoria)

1994 – Dec. 1.232/94 - Transferência de Recursos Fundo a Fundo

1995 – Dec. 1.651/95 – Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria –SNA

1996 – NOB-SUS 96

1998 – Transferência Per - Capita (PAB – Piso da Atenção Básica)

2000 – EC 29 (Emenda Constitucional 29)

2000- NOAS –SUS 01

2002 – NOAS-SUS 02

2003 – Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde – diretrizes operacionais para EC 29

2005 – Pt. GM-MS 2.023 – Altera a NOAS e Extingue a Habilitação em GPAB Regulamentação da EC 29 (Relatório Aprovado nas Comissões da Câmara Federal: Seguridade Social e Família / Tributação e Finanças / Constituição e Justiça).

2006 – PACTO PELA SAÚDE

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

As Leis Orgânicas da Saúde (n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90) regulamentam os princípios do SUS, reafirmando a saúde como direito universal e fundamental do ser humano. O conceito ampliado de saúde elaborado na 8ª Conferência Nacional de Saúde define que "saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde".

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

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

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

Os princípios e diretrizes que orientam o SUS, previstos na Constituição Federal de 1988:

PRINCÍPIOS ÉTICOS ou FINALISTICOS:

- **UNIVERSALIDADE**: o SUS deve atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.
- **INTEGRALIDADE**: garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.
- **IGUALDADE/EQUIDADE**: igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos. O SUS deve disponibilizar recursos e serviços de forma justa, de acordo com as necessidades de cada um; o que determina o tipo de atendimento é a complexidade do problema de cada usuário. Forma de corrigir injustiças sociais. Do ponto de vista semântico e etimológico a palavra equidade está próxima da igualdade podendo ser considerada como sinônimo. Ambas são consideradas contrapontos para as desigualdades sócio-econômicas e de saúde (PINHEIRO et al., 2005). No caso da saúde, haveria que distinguir inicialmente as necessidades de saúde e as necessidades de serviços de saúde, o que remeteria para a separação, com fins analíticos, entre desigualdades nas condições de vida e saúde, de um lado, e desigualdades no acesso e consumo de serviços de saúde, de outro (ALMEIDA, 2002).

PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

- **HIERARQUIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO**: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, do mais simples para o mais complexo, dispostos

numa área geográfica delimitada, base territorial e com uma população definida, base populacional. Constitui-se numa estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços de Saúde, por meio da organização funcional do sistema, com definição das responsabilidades de cada município e dos fluxos de referência, para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional. Além dos aspectos relativos ao acesso, eficiência e efetividade, a regionalização fortalece o processo de descentralização, promovendo relações mais cooperativas e solidárias entre os gestores do SUS e qualificando a capacidade de gestão dos sistemas municipais de Saúde.

- **DESCENTRALIZAÇÃO:** é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os estados e municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios.

- **PARTICIPAÇÃO SOCIAL:** É uma das maneiras de se efetivar a democracia, através da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como recebedor passivo de benefícios do Estado.

AS NORMAS OPERACIONAIS DO SUS

Após as leis orgânicas da saúde, foram implantadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) que vieram normalizar o processo de descentralização e organização do SUS (ver quadro 2 a seguir). A NOB 91 ainda manteve a gestão muito centralizada e colocava os municípios na condição de gerentes. Com a NOB 93 iniciou-se o processo de municipalização e a habilitação dos municípios em três tipos de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Esta classificação estava associada á capacidade de gestão, assim os municípios com classificação incipiente tinham pouca infra-estrutura e fariam o básico: vacinas e alguns controles, dependendo da ação do Estado para as outras necessidades. Os municípios com habilitação parcial, já possuíam pequena infra-estrutura e aumentavam suas responsabilidades. Os municípios semiplenos passaram à condição de gestores do sistema de saúde municipal, recebendo os recursos federais por meio de transferências regulares e automáticas no Fundo Municipal de Saúde. Nesse período, foram constituídas as Comissões Intergestores Bipartites (CIB) em nível estadual e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em âmbito federal como instâncias colegiadas de decisão.

Com a NOB 96 os municípios passaram a ter duas formas de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal. O impacto dessa norma para o SUS foi significativo à medida que implantou o Piso de Atenção Básica (PAB), que passou a financiar a atenção básica com pagamentos per capita e não mais por procedimentos realizados. Essa norma propôs a realização de uma Programação Pactuada e Integrada (PPI).

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

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

A NOAS estava apoiada em três eixos:

• Regionalização como estratégia de hierarquização de serviços e busca de maior equidade.

• Estratégias de fortalecimento da gestão (Programação Pactuada e Integrada (PPI), elaboração de termo de compromisso para garantia de acesso, ações de controle, avaliação e regulação da assistência, comando único sobre os prestadores de serviços de saúde).

• Novas formas e critérios de habilitação – Gestão Plena do Sistema e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada.

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

Em 23/09/2004, a Portaria nº 2.023 extinguiu a condição de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e definiu que todo município seria responsável pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica. O Quadro 2 a seguir apresenta um resumo das Normas Operacionais do SUS.

Quadro 2 – Resumo das Normas Operacionais do SUS

NOB-SUS 01/91 Resolução Nº 258/1991 /INAMPS	Instituiu a UCA - Unidade de Cobertura Ambulatorial, para o financiamento das atividades ambulatoriais; Instituiu a AIH - Autorização de Internação Hospitalar, para o financiamento das internações hospitalares; Definiu: recursos para o custeio da máquina administrativa do INAMPS; recursos para o financiamento de Programas Especiais em Saúde; recursos para investimentos no setor saúde.
NOB-SUS 01/92 Portaria Nº234/1992/MS	Criou o CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, como instâncias gestoras colegiadas do SUS; Enfatizou a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde; Normalizou o Fundo Nacional de Saúde; Descentralizou o planejamento e a distribuição das AIH's pelas Secretarias Estaduais de Saúde;
NOB-SUS 01/93 Portaria Nº 545/1993/MS	Lançou o documento denominado "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei"; Deu maior ênfase à municipalização da saúde; Criou a CIT - Comissão Intergestores Tripartite e a CIB - Comissão Intergestores Bipartite, como órgãos de assessoramento técnico ao Conselho Nacional de Saúde e aos Conselhos Estaduais de Saúde, respectivamente; Criou os níveis de gestão Incipiente, Parcial e Semi-Plena;
NOB-SUS 01/96 Portaria Nº 1.742/1996/MS	Instituiu a Gestão Plena Municipal da Saúde com responsabilidade dos municípios pela saúde; O município passa a ser o responsável imediato pelo atendimento das necessidades do cidadão; Os estados passam a ser meros mediadores; A União normaliza e financia e o município gere e executa; Instituiu o PAB - Piso da Atenção Básica; Institui a PPI - Programação Pactuada e Integrada.
NOAS-SUS 01/01 Portaria Nº95/2001/MS	Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; Define o processo de regionalização da assistência; Cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde.
NOAS-SUS 01/02 Portaria Nº 373/2002/MS	Os estados passam da função de meros mediadores para a de coordenadores do SUS em âmbito estadual; A ênfase na municipalização (atomização) dá lugar à ênfase na regionalização (otimização).

O PACTO PELA SAÚDE

Transcorridas duas décadas da institucionalização do SUS, sua implementação evoluiu muito, especialmente em relação aos processos de descentralização das ações e serviços de saúde, aumentando os desafios da gestão.

Um grande desafio a superar é a fragmentação das políticas e programas de saúde, enfrentado com o incentivo à formação das redes regionalizadas e hierarquizadas de ações e serviços de saúde e da qualificação da gestão.

Buscando aprimorar este processo o Ministério da Saúde, em conjunto com CONASS e CONASEMS, firmou o Pacto pela Saúde, que configura um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: o **Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS**, que contemplam diretrizes pactuadas pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, regulamentadas pelas Portarias MS/GM nº 399, de 22/2/06 e nº 699, de 30/3/06.

1. **Pacto pela Vida** – compromisso dos gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Estabelece uma agenda de compromissos sanitários, objetivos, indicadores e metas a serem pactuados pela União, Estados, Distrito Federal e municípios, respeitando suas especificidades sanitárias. Os gestores devem definir as ações necessárias para a implementação dessas prioridades e o alcance das metas propostas. Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, que são:
    - Atenção à saúde do idoso;
    - Controle do câncer de colo de útero e de mama;
    - Redução da mortalidade infantil e materna;
    - Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS;
    - Promoção da saúde;
    - Fortalecimento da atenção básica;
    - Saúde do trabalhador;
    - Saúde mental;
    - Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
    - Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
    - Saúde do homem.

2. **Pacto em Defesa do SUS** – expressa compromissos entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária e articula ações que visam qualificar e assegurar o SUS como política pública, tendo como prioridades a mobilização social, direitos dos usuários do SUS e ampliação do diálogo com a sociedade definiu como ações prioritárias:

    - Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania e saúde como direito.
    - Estabelecimento de diálogo com a sociedade.
    - Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais.
    - Publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.
    - Regulamentação da EC 29 pelo Congresso Nacional
    - Aprovação do Orçamento do SUS.

3. **Pacto de Gestão do SUS**– estabelece responsabilidades sanitárias e diretrizes para a gestão do SUS expressas em Termos de Compromisso de Gestão (TCG), tendo como prioridades:

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

A consolidação do Pacto pela Saúde resulta do esforço do município, Estado, Distrito Federal e União no cumprimento das responsabilidades, atribuições, objetivos e metas constantes dos Pactos pela Vida e de Gestão.

O monitoramento e a avaliação do Pacto devem ser práticas permanentes da gestão, utilizando os indicadores pactuados e que integram os Termos de Compromisso de Gestão (TCG). Com o Pacto de Gestão do SUS, Estados e Municípios, de acordo com suas possibilidades, manifestam seus compromissos de gestão. Assim, não ocorrem mais os processos de habilitação, mas a adesão a um processo de gestão descentralizada e solidária.

A implantação deste Pacto, nas suas três dimensões – Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão –, possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Bibliografia

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELA, L.; MATTOS, M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p.137–154, 2002.

BRASIL. **Constituição (1988).** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 14 jun. 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 14 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006.html>. Acesso em: 14 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde**. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006.** Cria a Política Nacional da Atenção Básica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 14 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 372, de 16 de fevereiro de 2007**. Altera a Portaria nº 699/GM. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-372.htm>. Acesso em: 14 jun. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325, de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0325_21_02_2008_rep.html>. Acesso em: 14 mar. 2008.

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

DIMITROV, P. 500 anos de luta pela saúde. **Revista E,** Guarulhos, ano 6, n. 34, mar. 2000.

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

LUCCHESE, P. T. R. (Coord.). **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME;OPAS;OMS, 2004. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública**.** Disponível em: <files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf>. Acesso em: 26 maio 2006.

MENDES, E. V. (Org.) **Distrito Sanitário**: O processo social de mudança nas práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

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

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

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

OFICINA 1.2 - Modelos de Atenção à Saúde

Objetivo:

- Favorecer a reflexão e apropriação de modelos de atenção à saúde que melhor implementem os princípios e diretrizes do SUS.

Conteúdos

- Dimensões que caracterizam os modelos de atenção.
- Modelos de Atenção à saúde no Brasil.
- Modelos de atenção coerentes com os princípios e diretrizes do SUS.
- O desafio da fragmentação do sistema de saúde
- As redes de atenção à saúde
- As linhas de cuidado

Atividades:

1. Leia e discuta com seu grupo o "Caso da Dona Maria" na pág. 34 e respondam às seguintes questões:

- Como foi o caminho de D.Maria pelo sistema de saúde? Houve acesso?
- As equipes de assistência estavam integradas? Alguém coordenou o processo de assistência?
- Que fatores contribuíram para o desfecho no caso de D.Maria? O desfecho era inevitável?

2. Leiam e discutam o texto de apoio dessa Oficina – pags. 35 a 46 e debatam as questões:

- Quais as características do modelo de atenção à saúde no caso de D.Maria?
- Quais as características do modelo de atenção que melhor implemente os princípios e diretrizes do SUS?
- Como a atenção primária à saúde pode contribuir para o andamento do caso?

3. Refaçam o caminho de Dona Maria em função de suas necessidades de cuidados, apresentando uma proposta de linha de cuidado. Complemente as conclusões do grupo para apresentação em plenária.
4. Apresentem em plenária as conclusões da atividade anterior.
5. Participe da sistematização sobre modelos de produção de cuidados e redes de atenção.
6. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na página 47.

"O Caso de Dona Maria"

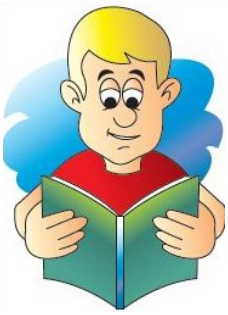
Dona Maria é a nossa personagem: mulher de 52 anos, seis filhos pequenos, moradora da periferia do município de Recaminho, atualmente desempregada. Assim como o marido, vive de bicos (lava roupa para fora). Foi ao Centro de Saúde Vila Nova, unidade mais próxima de sua casa, após ter sido alertada pelo marido que, na semana anterior, percebera um caroço na sua mama esquerda, ao acariciá-la. Nos quinze dias seguintes à descoberta do caroço, tentou, por duas vezes, agendar consulta com o médico. Não obtendo sucesso, foi orientada pela Agente Comunitária de Saúde a procurar a enfermeira Sandra.

*A enfermeira disse que conversaria com o médico para um encaminhamento, e saiu com um pedido para marcar uma consulta com um ginecologista em outra unidade. **Três semanas** depois, conseguiu a consulta com o ginecologista que a examinou e solicitou uma mamografia. **Oito semanas** depois, conseguiu fazer a mamografia no município de referência: Beira Mar. O ginecologista, no retorno marcado para **cinco semanas** após sair o resultado do exame (o que ocorreu em **dois dias**), pede a biópsia, que deveria ser marcada em uma policlínica.*

***Quatro semanas depois**, ela foi submetida à biópsia; aguardou mais **seis semanas** para receber o resultado e teve de esperar **outra semana** para agendar o retorno com o ginecologista, que a encaminhou ao oncologista do Hospital do Município de Beira Mar, credenciado no SUS como Centro de Alto custo em Oncologia (CACON).*

*Não tendo conseguido marcar a consulta, ela foi, com a cara e a coragem, ao Hospital e, após ter comovido uma auxiliar de enfermagem com sua história, conseguiu agendar uma consulta "extra". Foi examinada pelo oncologista, que disse que ela tinha demorado muito a procurar um médico, que deveria ter vindo mais cedo. Foram solicitados, além dos exames básicos, exames de alto custo: cintilografia óssea e tomografia computadorizada de abdome e pelve. Foi orientada que voltasse para marcar o retorno assim que tivesse os resultados em mãos. Só conseguiu agendar os exames de sangue e urina, para a radiografia de tórax **esperou uma semana**, e outras três, para a tomografia e a cintilografia. Esperou outra semana para agendar o retorno com o mesmo oncologista, que disse a ela que, por ter passado tanto tempo, o tumor encontrava-se em estadiamento localmente avançado (estadiamento III), e Dona Maria, por isso, precisaria de quimioterapia prévia. Recebeu, então, a quimioterapia prévia, observando-se regressão considerável do tumor, tratamento este que se perdeu, por não ter conseguido ser operada em tempo hábil (esperou mais de seis meses pela cirurgia, quando o recomendável seria entre 15 e 30 dias após o término da quimioterapia), e o tumor voltou a crescer e se tornou inoperável. Então, foi indicado para Dona Maria ser submetida à radioterapia e, por ter mais de 50 anos, também à hormonioterapia, mesmo sem averiguar a dosagem dos receptores tumorais hormonais, podendo tornar esse tratamento ineficaz. Dona Maria vê-se, em seis meses, com importante progressão tumoral, apresentando metástases ósseas e hepáticas. Por isso, precisa ser submetida à quimioterapia paliativa de 1ª linha e à radioterapia óssea. Em seqüência, foi-lhe prescrito hormonioterapia paliativa de 2ª linha, também ineficazes. A doença de Dona Maria progride com metástases pulmonares, com o que passa a receber quimioterapia paliativa de 2ª linha, persistindo a progressão tumoral na vigência dessa. Então, Dona Maria é considerada fora de possibilidades terapêuticas oncológicas. É encaminhada, com plano de cuidados realizado pelo CACON de Beira Mar, para cuidados paliativos no Hospital de Recaminho, onde ficou internada em leito de clínica médica com falência de múltiplos órgãos, vindo a óbito em alguns dias.*

DIMENSÕES QUE CARACTERIZAM OS MODELOS DE ATENÇÃO



Existem inúmeros estudos sobre a constituição, organização e produção de serviços de saúde, tanto em âmbito nacional quanto internacional. Os enfoques, para citar alguns, percorrem: as políticas de saúde (e em maior ou menor grau a questão dos estados e de suas políticas sociais), as instituições de saúde, as práticas de saúde e as profissões, os movimentos sociais relacionados à saúde, o planejamento em saúde, dentre outros. Não faltam, também, os estudos tanto analíticos quanto comparativos dos sistemas de saúde, assim como aqueles que têm enfocado a reforma desses.

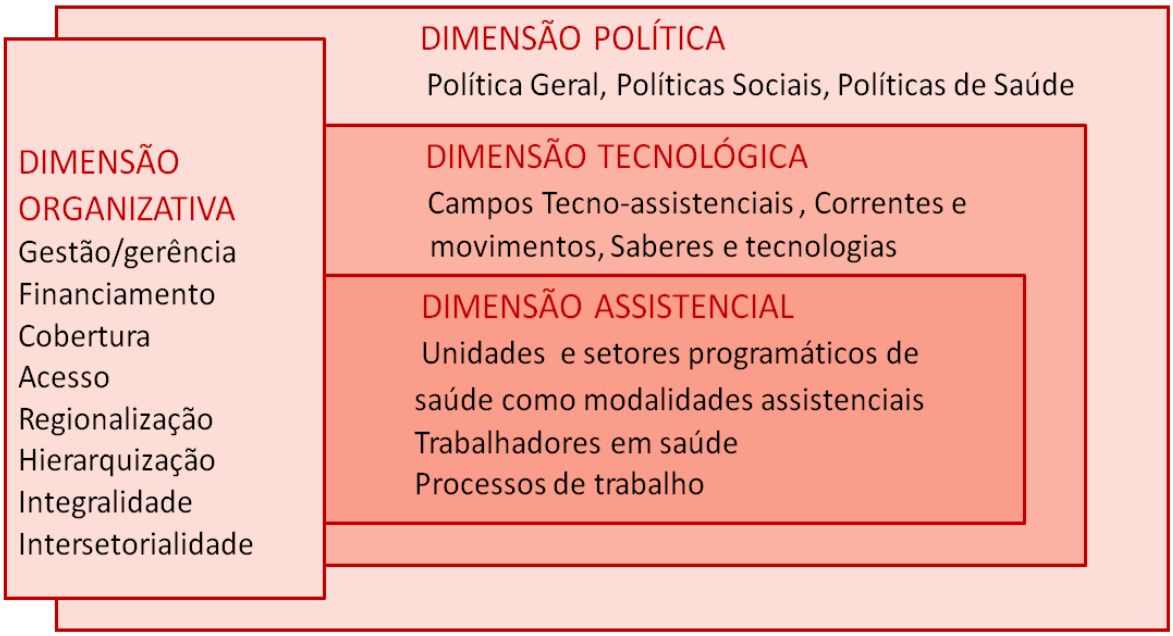
Alguns estudos utilizam as noções de "modelo assistencial" ou "modelo de atenção em saúde", significando uma determinada forma de organizar instituições ou unidades de saúde, valorizando o arranjo ou combinações destas quanto ao tipo de instituição prestadora dominante (hospitalar, atenção básica), quanto à natureza do sistema (público, privado, filantrópico), quanto aos níveis de complexidade da atenção (primária, secundária, terciária). Por caminho diferente, outras definições de modelo assistencial privilegiam os saberes do campo da saúde que organizam as ações, classificando aqueles baseados no saber clínico positivista e nas ações médico-curativas como "Modelo Clínico", e os baseados no saber epidemiológico e nas ações preventivo-sanitárias como "Modelo Epidemiológico". Também são encontradas visões nas quais a noção de modelo assistencial é tomada como expressão do projeto político de determinados segmentos sociais e conseqüentemente de seus interesses (modelos da medicina liberal, medicina comunitária, medicina estatal) (CAMPOS, 1992).

Não se pretende aqui apresentar tipos ideais de modelos, mas possibilitar reflexões sobre as suas dimensões políticas, tecnológicas, organizativas e assistenciais, fruto das articulações sociais e históricas. Embora existam diferentes entendimentos do que sejam modelos de atenção à saúde, qualquer proposta de concretização do SUS estará relacionada com certa "visão de mundo". Ao apresentarmos uma síntese dos modelos assistenciais que convivem no país, estaremos relacionando-os com a concepção de saúde e doença, com a conjuntura política nacional e com a constituição dos níveis da assistência e a organização dos serviços.

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

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

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



Fonte: (CAMPOS, 1992)

Segundo a concepção aqui apresentada, pode-se dizer que, em cada momento histórico, conformaram-se modelos de Atenção à Saúde que visam a realizar parte da produção de serviços de saúde. Tais modelos originam-se de políticas de saúde que se expressam em projetos de ações específicas, definidas em processos de disputas políticas entre determinados sujeitos sociais e seus interesses. As políticas e projetos de saúde devem ser entendidos como conjuntos de diretrizes que articulam saberes e tecnologias definem saúde como necessidades e direitos, ordenam certos modos de gestão e de financiamento, organizam unidades, setores programáticos e processos de trabalho em saúde.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

São diversas as experiências históricas de modelos brasileiros de Atenção à Saúde no século XX, que conviveram simultaneamente, sendo os principais, sumária e genericamente caracterizados:

- **Campanhista Policial ou do Sanitarismo Campanhista** (± 1900 a 1920), do campo da Saúde Pública, capitaneado por Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e Emílio Ribas, em São Paulo, baseado na bacteriologia e na imunologia de Pasteur e na ação autoritária e impositiva sobre os corpos individual e social, por meio das campanhas de vacinação (contra a varíola e febre amarela), nas ações de desinfecção e na Polícia Sanitária, com sua fiscalização de prédios, atividades e lugares. Foi implantado principalmente nos espaços urbanos essenciais à economia agro-exportadora da República Velha.

- **Dos Centros de Saúde ou Rede Local Permanente** (± de 1920 a 1980), do campo da Saúde Pública, defendido por um grupo de sanitaristas brasileiros (anos 1920), influenciado pela escola americana da multicausalidade e suas experiências de ambulatórios permanentes, em contraposição ao modelo campanhista de inspiração francesa. Buscava responder em escala coletiva aos problemas de saúde e outras carências das populações urbanas empobrecidas, por meio da educação sanitária, higiene (pessoal, profissional e do ambiente), em detrimento das ações médicas curativas. Contava com o trabalho dos médicos sanitaristas, enfermeiras visitadoras e fiscais sanitários em uma rede única de ambulatórios gerais, regionalizados e descentralizados administrativamente, baseados nos centros de saúde e postos de higiene.

- **Dos Ambulatórios Especializados ou Vertical Permanente Especializado** (± de 1920 a 1980), do campo da Saúde Pública, defendido por outro grupo de sanitaristas brasileiros (anos 1920), também influenciado pela escola americana da multicausalidade e buscando responder aos problemas de saúde da população urbana pobre. Preconiza a associação da ação médico-curativa, campanhas, polícia sanitária e também a educação sanitária, em ambulatórios e hospitais especializados, organizados por problemas específicos (tuberculose, hanseníase, doenças venéreas, materno-infantil etc.), que atuavam de forma paralela e eram administrados verticalmente.

- **Medicina Previdenciária ou da Assistência Médico-Previdenciária** (± de 1920 a 1990), do campo da Medicina, iniciado como benefício das CAPs, depois assumido e desenvolvido pelos IAPs e INPS/INAMPS buscava responder as necessidades de saúde dos trabalhadores formalmente ligados aos principais ramos da economia, visando a manter/reparar a mão-de-obra e garantir assistência médica a seus dependentes. Baseava-se no trabalho médico-centrado, curativo-reparador em grandes ambulatórios de especialidades e hospitais próprios. Mas, a maior parte da assistência passou a se viabilizar na retaguarda especializada ambulatorial, de SADT (Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico) e hospitalar, contratada no Modelo Liberal-privatista. Tinha por princípio o financiamento tríplice: empresa, trabalhador e poder público federal.

- **Medicina Comunitária** – A partir da década de 1960, a experiência dos EUA dos Centros de Saúde foi retomada e reformulada pela Medicina Preventiva, que, respaldada pela teoria da História Natural da Doença, formatou o modelo da Medicina Comunitária como parte do programa de combate à pobreza promovida por agências governamentais e universitárias, com algumas experiências implantadas no Brasil na década de 1970.

- **Liberal-privatista** – Do campo da Medicina, constituiu-se como empreendimento privado, isolado ou de grupos médicos, a partir do nascimento e consolidação da medicina científica. Transforma-se, ao longo do século XX, iniciando por uma prática médica generalista, sendo, a seguir, formatado pela corrente flexneriana, até se consolidar como modelo da medicina especializada, ambulatorial e hospitalar, hegemônico até os dias atuais. Cabe esclarecer que, o Relatório Flexner, nos EUA em 1910, recomendava padrões de entrada e ampliação dos cursos para quatro anos, expansão do ensino clínico nos hospitais, ênfase na pesquisa biológica, o estímulo à especialização médica, dentre outras reformas que formataram decisivamente o ensino e práticas médicas. (SILVA JUNIOR, 1998).
  Desde seu início, esse modelo contou com os setores filantrópico e lucrativo. O filantrópico, financiado (investimentos e custeio) com recursos públicos e doações privadas, atende a uma clientela pagante e não pagante, constituindo-se em muitos casos, em espaço privatizado que, não se presta para ganhos financeiros, servindo para o acúmulo de experiência e prestígio de determinados grupos médicos, possibilitando a estes, o investimento no setor lucrativo, que a partir dos meados do século XX, passa a constituir verdadeiras empresas capitalistas de prestação de serviços de saúde.

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

Quadro 1 - Principais características dos modelos baseados na produção de procedimentos

Objetivos: Reparar a mão-de-obra lesada no trabalho; contribuir na produção e reprodução da força de trabalho; produzir procedimentos como mercadorias para a obtenção de lucros e atender ao sofrimento individual com vistas a restabelecer a saúde, de forma secundária.
Políticas: Mais condizente com a política liberal e presente nas políticas sociais: Residual e Meritocrática.
Saberes: • Campo da Medicina • Baseado no conjunto de saberes da Clínica como prática baseada na ciência positiva e no uso de tecnologias de diagnose e terapia. • Doença como alteração morfofisiológica do corpo biológico individual, sob o recorte do normal e patológico, e associada à presença ou ausência de um agente etiológico ou a fatores do meio ou do hospedeiro (Teoria Unicausal e Multicausal).
Organização: • Concentração de serviços nas cidades mais desenvolvidas e nos centros comerciais destas. • Constituído, em geral, por unidades isoladas e independentes que se relacionam via mercado. • Oferta formatada pelo lucro e a demanda, pelo estímulo ao consumo. • Acesso mediado pelo poder aquisitivo dos usuários ou inserção no mercado formal de trabalho. • Financiado pela venda direta de serviços, seguros de saúde, doações privadas e com recursos públicos.
Modalidades assistenciais: • Assistência em hospitais gerais (dispõem de quase todas as especialidades) e especializados (algumas especialidades afins) que dispõem de ambulatórios e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. • Assistência em consultórios e clínicas especializadas ou policlínicas. • Assistência em serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. • Assistência odontológica, psicoterápica, de reabilitação, e outras, em consultórios e clínicas. • Assistência à saúde mental em manicômios, onerosa, ineficaz e que, freqüentemente, viola os direitos humanos fundamentais. • Assistência farmacêutica via estabelecimentos comerciais lucrativos.
Trabalhadores e Processos de Trabalho: • Categorias constituídas a partir de rígida e corporativa divisão técnica e social do trabalho em saúde como: médico especializado, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, bioquímico, farmacêutico, odontólogo, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, assistente social, administrador hospitalar e outras. • Processo de trabalho médico centrado, curativo-reparador, incorporador de aparatos tecnológicos, de atividades de maior custo (em geral não substitutivas) e tendente à hiper-especialização. • Autonomia das atividades, exercidas de forma individualista e privada. • Ação clínica voltada à conquista de clientes, com dose variada de missão humanitário-caritativa.

MODELOS DE ATENÇÃO COERENTES COM OS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

A Constituição de 1988, em seu artigo 196, traz o princípio da saúde como direito de todos e do dever do Estado em garanti-la mediante políticas sociais e econômicas.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, no Capítulo II, traz os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde: universalidade de acesso; integralidade e igualdade de assistência; participação da comunidade; descentralização com comando único em cada esfera de governo, regionalização e hierarquização; intersetorialidade; cooperação e eficiência dos gestores e eficácia dos serviços, além do direito à informação em saúde e a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação programática.

No Brasil, desde 1990, vem-se tentando viabilizar estes princípios e diretrizes por meio da organização da produção (total ou parcial) de serviços de saúde ou, em outras palavras, vem-se implementando modelos de Atenção à Saúde.

No conceito de modelo de Atenção à Saúde apresentado atuaram, nesses anos de construção do SUS, vários sujeitos sociais (partidos políticos, academia, governantes, gestores, produtores de bens e serviços de saúde, gerentes, trabalhadores e usuários), formulando e implementando políticas/projetos de saúde, em constantes processos de disputas, criação de consensos, condução autoritária ou hegemônica; resultando, atualmente, em graus diferenciados de efetivação dos princípios e diretrizes preconizados.

As diversas orientações políticas, tecnológicas e organizativas da atenção à saúde, presentes nos vários projetos dos atores implicados com o setor saúde, colocaram os conhecidos dilemas na conformação dos modelos como os papéis, importância, investimentos, distribuição, articulação, combinação ótima da atenção: promotora/preventiva e curativa/reabilitadora; especializada e generalista; hospitalar e ambulatorial; em estabelecimentos de saúde e no domicílio; básica tradicional e das equipes de saúde da família; organizada por níveis de complexidade e por programas; entre outros.

Apesar dos avanços da descentralização, do controle social e de experiências de relativo êxito, ainda se põe como desafio, aos gestores das três esferas do SUS, a implementação de modelos que melhor efetivem os princípios do SUS, em especial a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, modulados pela equidade, que embora não explícita na lei como princípio se faz necessária para a busca da igualdade da atenção com justiça social.

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

Pensar em processos de trabalho em saúde: seja clínico individual, de saúde coletiva ou de gestão, na perspectiva da concepção ampliada da saúde e de sua determinação social, assim como em respostas mais abrangentes e integrais, traz para pauta a produção do cuidado, em contraponto à produção de procedimentos.

O cuidado tomado numa concepção mais humana contemplaria uma postura acolhedora, uma escuta atenta, um olhar mais zeloso, uma interação mais afetuosa, implicando, também, o aumento dos graus de vínculo entre usuários e profissionais e, conseqüentemente, uma maior

responsabilidade desses para com aqueles.

Tomar o cuidado, humano e solidário, como base para os trabalhos clínicos, de saúde coletiva e de gestão, consiste em ter como centro da atenção os usuários, com suas distintas necessidades e demandas, portador dos direitos de saúde e cidadania, ou seja, uma diretriz que demanda a implementação de modelos centrados na produção do cuidado.

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

Quadro 2 - Principais características dos modelos centrados na produção de cuidados

Objetivos: • Responder à saúde, individual e coletiva, como um bem inseparável da vida, um "valor de uso" que confere graus de bem-estar e autonomia ao modo de viver, o qual está em contínua transformação e associado ao processo social e histórico do ser humano. • Responder à saúde como um direito social e de cidadania.
Políticas: • Democratização do Estado e sociedade, governança formatada pela "coisa pública", pelo bem comum e pela justiça social. • Política de Seguridade Social e de Saúde como direito de cidadania.
Saberes: • Campo da Saúde Pública e da Medicina. • Materialismo histórico, ciências sociais e políticas, planejamento estratégico, planejamento urbano, análise institucional, psicanálise, epidemiologia da determinação social da saúde/doença, além de uma clínica que tome o ser humano em sua totalidade. • Concepção saúde/doença que enfatiza o vínculo entre saúde e condições de vida, correlacionado às dimensões biológicas, da consciência e conduta, ecológicas, culturais e dos processos econômicos, com base no conceito de reprodução social.
Organização: • Gestão e gerências democráticas com ampla participação dos profissionais e usuários. • Regulação, controle, avaliação e auditoria que viabilizam a atenção integral. • Financiamento por meio do orçamento público das três esferas de governo. • Cobertura assistencial da população baseada na equidade. • Acesso mediado pelas necessidades/demandas e direitos do cidadão. • Oferta e demanda, reguladas, de maneira a responder às necessidades. • Descentralização com regionalização intra e intermunicipal solidária, articulada ao processo de planejamento, programação, orçamento e regulação assistencial. • Conformação de hierarquia flexibilizada da rede, com potenciação, racionalização e integração dos níveis. • Construção das linhas de cuidado, intra e interníveis, buscando a integralidade. • Definição de territórios (como espaços em permanente construção da vida social) de responsabilidade e mapeamento desses, segundo riscos sociais e epidemiológicos. • Adscrição de indivíduos, famílias, grupos e de territórios às equipes das unidades de saúde, aumentando os graus de vínculo e responsabilização. • Construção da intersetorialidade enquanto política de governo e por meio da co-gestão das áreas envolvidas e não apenas pelo setor da saúde.
Modalidades assistenciais: • Rede básica próxima ao local de moradia, potente na produção do cuidado, organizada para oferecer a mais ampla gama de ações (de promoção, prevenção, cura, controle e reabilitação) individuais e coletivas e que se ponha a serviço das práticas de saúde e práticas sociais que determinam qualidade de vida. • Rede de serviços de apoio diagnóstico, do ambulatório de especialidades, de unidades de urgência (pré e hospitalar) e de hospitais, em conformidade com as necessidades de saúde, as capacidades dos municípios e aos desenhos de regionalização, de maneira a compor com as unidades básicas uma rede de ajuda e de compromissos, assim como de co-responsabilidade pela saúde integral do usuário. • Cuidado ambulatorial e domiciliar potencializados, com focalização e racionalização da atenção hospitalar aos casos complexos que de fato a requerem. • Desativação dos manicômios por meio de serviços abertos, humanizados, articulados e regionalizados, com capacidade de acolher os usuários da Saúde Mental, em diferentes momentos (Centro de Atenção Psicosocial-CAPS, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, hospital dia, urgência em hospitais gerais, etc.).

(continua)

(continuação)

- Vigilância à saúde (epidemiologia, vigilância sanitária, saúde do trabalhador) articulada e integrada à atenção programática, estratégica e em níveis de complexidade.
- Assistência farmacêutica eficiente e eficaz, por meio da dispensação oportuna de medicamentos essenciais, em toda rede assistencial.

Trabalhadores e Processos de Trabalho:

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

O DESAFIO DA FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

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

a) Definição das Responsabilidades Federativas,
b) Financiamento,
c) Capacidade de Gestão da Produção de Saúde e Humanização dos Serviços de saúde,
d) Acesso e utilização de serviços de saúde,
e) Integração dos Serviços do Setor Complementar ao SUS,
f) Intersetorialidade,
g) Planejamento e Formulação de Políticas,
h) Gestão e Qualidade dos Serviços,
j) Forma de Acesso à Integralidade e Judicialização da Política de Saúde,
k) Gestão do Trabalho em Saúde,
l) Participação, Controle Social, Avaliação e Monitoramento

Os desafios estruturais, acima apresentados sob a forma de elementos de fragmentação do sistema, dificultam a consolidação do caráter único e integrado do SUS, capaz de cumprir seus princípios constitucionais. A concretização plena do caráter único e integrado do SUS exige a articulação adequada de diversas dimensões que estruturam a composição policêntrica de seu arcabouço institucional a partir das relações fundamentais do sistema como política pública:

- Dimensão dos processos de pactuação, planejamento e gestão intergovernamentais (relações internas ao Estado);

- Dimensão da formação de vontade política e do controle social (relações Estado-Sociedade);
- Dimensão da contratação de unidades de provisão de serviços (relações Estado-Mercado);
- Dimensão do aporte e da alocação de recursos financeiros (relações entre financiadores);
- Dimensão das decisões legislativas e judiciais (relações entre os Poderes de Estado);
- Dimensão da organização dos modelos de atenção (relações entre provedores, profissionais e cidadãos);
- Dimensão da articulação com outras políticas sociais (relações de intersetorialidade na seguridade social);

A superação dos obstáculos exige a formulação de estratégias e políticas capazes de atuar de forma concomitante no enfrentamento dos conflitos políticos e na proposição de soluções inovadoras de construção institucional para integrar plenamente o sistema.

Sendo assim, a formulação de estratégias direcionadas a ampliar o grau de integração do SUS deve considerar a articulação simultânea dessas dimensões de forma a valorizar e reafirmar seus fundamentos históricos. A plena integração do SUS envolve não só o enfrentamento de questões de natureza relacionadas à atenção e à gestão, mas fundamentalmente aos desafios de cunho político como as relações federativas, o papel do Estado, a relação com o mercado, o papel da sociedade, a relação entre os poderes de Estado, etc. Superar a fragmentação do SUS requer novas estratégias para a produção de saúde, organizacionais e políticas integradoras capazes de manter seu caráter universal, integral, democrático e descentralizado.

Esses movimentos de reconstrução institucional do SUS devem estar fundamentados em um formato de organização regionalizada da produção de saúde, flexível nas diversas conjunturas geográficas específicas do país, a partir do qual devem estar organizados os modelos de atenção, gestão e governança federativa do SUS.

A regionalização como estratégia de construção de sistemas integrados de saúde tem sido ao longo da história da proteção social um dos fundamentos internacionalmente consensuais, principalmente se considerarmos os sistemas universais unificados nacionalmente. Tradicionalmente, sua fundamentação está associada à capacidade de reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a universalidade e a integralidade da atenção, racionalizar gastos e otimizar os recursos, além de representar um processo de fortalecimento da descentralização.

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

A clássica figura de uma pirâmide, representando um modelo de saúde, em cuja base estariam as unidades básicas de saúde, cobrindo grupos populacionais definidos – área adscrita – na parte intermediária, a atenção secundária, com as especialidades clínicas e cirúrgicas e o apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de urgência e emergência e hospitais gerais, e no topo os hospitais com alta densidade tecnológica (CECÍLIO, 1997), tentava traduzir a proposta de regionalização e hierarquização dos serviços, em que o espaço da rede básica seria o local privilegiado para superar o modelo hegemônico do pronto-atendimento, da queixa-conduta que, além de caro e pouco efetivo, é pouco resolutivo, impessoal, deseducador, não cria vínculos e banaliza a assistência.

A proposta de rede, portanto, supera a concepção da conformação geográfica da pirâmide, cuja armadilha é a tradução do fluxo hierarquizado das pessoas no sistema, e orienta-se para um desenho circular, ficando abertas as possibilidades de entrada dos usuários, por meio da creche, escola, culto religioso, quartel, pronto-socorro ou clínica especializada, desde que, qualificadas para o acolhimento e reconhecimento dos grupos vulneráveis e capazes de

organizar as demandas ao tipo de atendimento mais adequado ao seu caso, coordenadas por uma equipe/profissional autora do "projeto terapêutico" de cada indivíduo, respeitando sua maneira individual de caminhar na vida com certa qualidade (MERHY; ONOCKO, 1997).

Se a prática da atenção primária não tem a resolubilidade esperada, a porta de entrada permanece sendo as emergências dos hospitais e os ambulatórios de especialidades mantêm sua clientela, não "devolvendo-a" à rede básica, enfim, cria-se uma instabilidade da pirâmide que nos remete a outros "desenhos" de rede.

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As mudanças demográficas com a queda das taxas de fertilidade, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população incidem fortemente sobre o perfil epidemiológico da população e sobre a demanda aos serviços de saúde. O aumento das condições crônicas, responsáveis por 66% da carga de doenças no Brasil, as comorbidades, juntamente com os estilos de vida pouco saudáveis, o incremento da violência, sofrimento psíquico e drogadição e o convívio com problemas associados a pobreza e exclusão social; exigem redes de atenção à saúde coordenadas pela atenção primária à saúde.

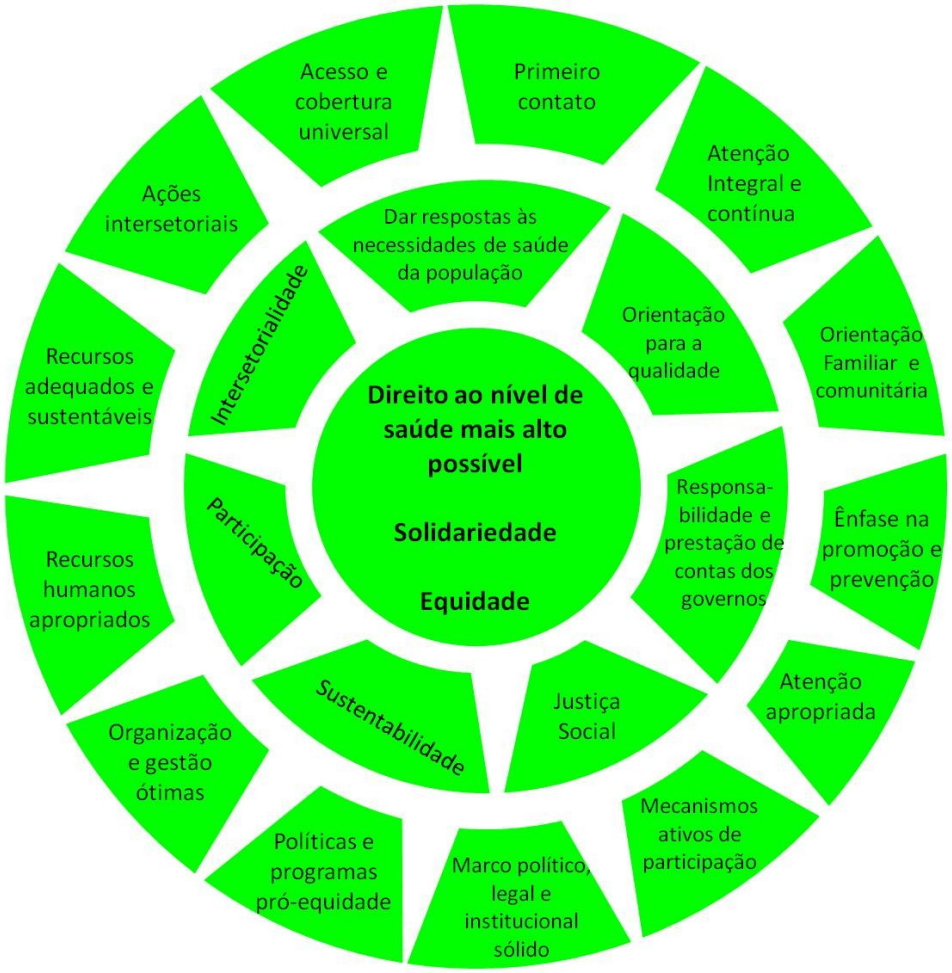
Segundo a Organização Mundial da Saúde (2008) um sistema de saúde baseado na atenção primária supõe um enfoque amplo de organização e operação dos sistemas de saúde, que faz do direito a alcançar o maior nível de saúde possível seu principal objetivo, ao mesmo tempo em que maximiza a equidade e a solidariedade do sistema. Um sistema baseado na atenção primária será conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que garantam cobertura e acesso universal aos serviços, os quais são aceitáveis para a população e promovem a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, põe ênfase na prevenção e promoção e garantia do primeiro contato do usuário com o sistema, tomando as famílias e comunidades como base para a planificação e ação. Um sistema de saúde baseado na atenção primária a saúde requer um sólido marco legal, institucional e organizativo, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis do sistema para alcançar qualidade, eficiência e efetividade, e desenvolve mecanismos ativos com o fim de maximizar a participação individual e coletiva em matéria de saúde. Um sistema de saúde desta natureza promove ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde e a equidade. (OPAS, 2010, p. 16).

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

Fortalecer a atenção primária, por meio das estratégias que garantam o cumprimento dos princípios universais desse nível de atenção, como a Porta de Entrada/Primeiro Contato; Responsabilidade pela População, Integralidade do Cuidado e Coordenação dos usuários na rede de atenção (STARFIELD, 2002), significa torná-la resolutiva para reverter o processo histórico de internações por condições que sejam sensíveis ao atendimento ambulatorial, que provocam a superlotação nas emergências e hospitais e o viés de uma falsa resolução dos

problemas, que, incompleta, descontínua e descontextualizada, resulta inadequada para os freqüentes problemas como o das doenças crônico-degenerativas, osteo-articulares, pulmonares crônicas ou de fundo emocional (CECÍLIO, 1997). Na figura 2 apresentam-se os valores, princípios e elementos de um sistema de saúde baseado na atenção primária a saúde.

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



Fonte: Adaptado de "Redes Integradas de Servicios de Salud" (OPAS, 2010, p. 17)

As Redes de Atenção à Saúde – RAS tendem a melhorar os recursos do sistema frente às necessidades de saúde da população através de um melhor equilíbrio entre especialistas e generalistas. Do ponto de vista clínico, a continuidade do cuidado se associa a melhora na efetividade clínica, na capacidade da resposta dos serviços, na aceitabilidade e na eficiência do sistema de saúde.

Do ponto de vista do usuário, as RAS melhoram o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde – APS, aos outros níveis assistenciais quando requeridos, evita duplicação desnecessárias de histórias clínicas, procedimentos diagnósticos e aos tramites burocráticos, melhoram os processos de decisão compartilhada entre os profissionais e os usuários, facilitam implementação de estratégias de auto-cuidado e seguimento de condições crônicas.

Para alcançar este desempenho, as Redes de Atenção à Saúde requerem alguns atributos essenciais para seu adequado funcionamento, os quais são listados no Quadro 3 a seguir. Os atributos foram agrupados segundo o âmbito de abordagem e foram definidos a partir de uma extensa revisão bibliográfica (OPAS, 2010).

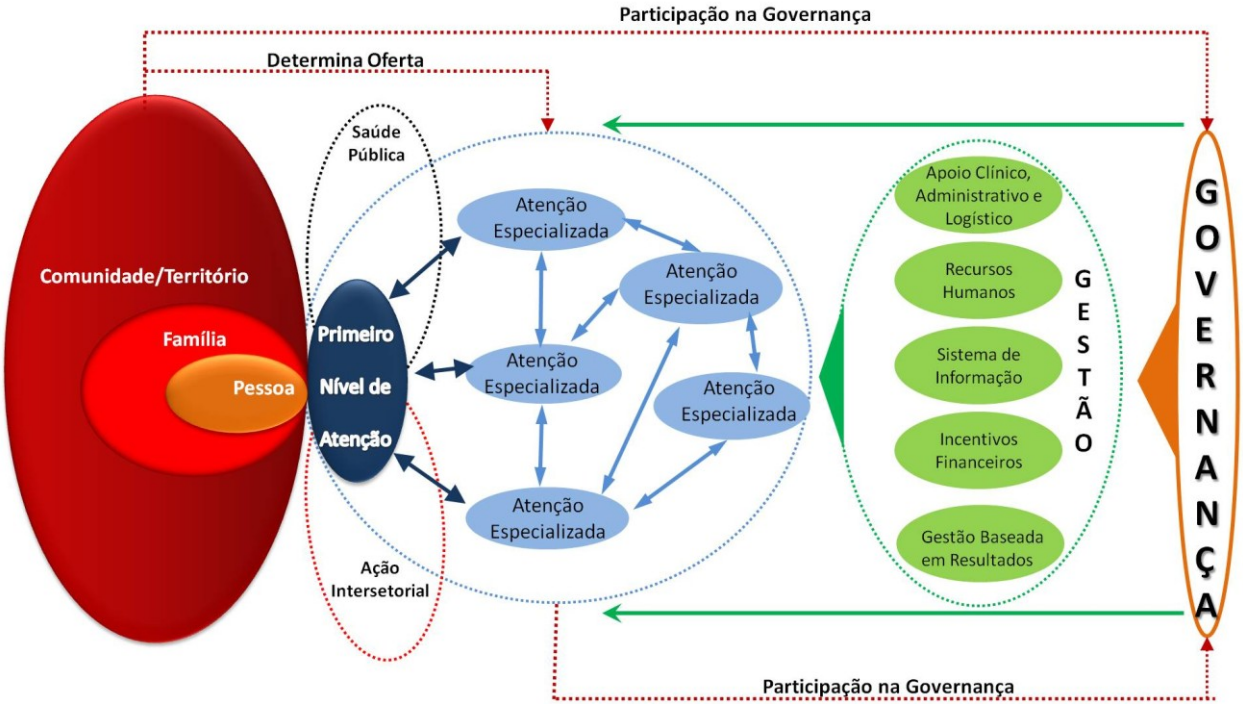
Quadro 3 - Lista dos atributos essenciais das Redes de Atenção à Saúde – RAS, segundo âmbito de abordagem.

	Modelo assistencial
1	População e território sob responsabilidade definida e amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em questões de saúde, que determinam a oferta de serviços de saúde.
2	Uma extensa rede de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de enfermidades, reabilitação e cuidados paliativos, e que integra os programas focalizados em enfermidades, riscos, e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os serviços de saúde pública.
3	Um primeiro nível de atenção multidisciplinar que cobre toda a população e serve como porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população.
4	Prestação de serviços especializados no lugar mais apropriado, oferecidos de preferência nos entornos extra-hospitalares.
5	Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.
6	Atenção de saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, respeitando suas particularidades culturais e de gênero e os níveis de diversidade da população.
	Governança e Estratégia
7	Um sistema de governança único para toda a rede.
8	Participação social ampla.
9	Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade.
	Organização e Gestão
10	Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico.
11	Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.
12	Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com discriminação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.
13	Gestão baseada em resultados.
	Pagamentos e incentivos
14	Financiamentos adequados e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.

Fonte: Adaptado de "Redes Integradas de Servicios de Salud" (OPAS, 2010, p. 36)

Todos os atributos mencionados relacionam-se entre si, em movimentos de integração e retroalimentação conforme apresentado na Figura 3 a seguir.

Figura 3 – Representação gráfica dos atributos essenciais das Redes de Atenção à Saúde-RAS



Fonte: Adaptado de "Redes Integradas de Servicios de Salud" (OPAS, 2010, p. 51)

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

AS LINHAS DE CUIDADO

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

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

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

O desenho de uma linha de cuidado individual permite a condução oportuna dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, sempre em resposta às necessidades detectadas. As linhas de cuidado pressupõem, também, uma visão global das dimensões da vida dos usuários (de sua individualidade, de seu contexto familiar, de moradia e vizinhança, de trabalho e cultural) e uma resposta global. Para além das respostas fragmentadas de profissionais isolados, as linhas de cuidado pedem respostas complementares de um trabalho em equipe.

As linhas de cuidado nas situações de vida ou de agravos, para não se constituírem em programas intervencionistas que ditam hábitos e comportamentos, devem fomentar, também, ações de autocuidado, como uma construção, por parte dos indivíduos, de novos modos de conquistar a sua autonomia, a partir de informações fornecidas e reflexões catalisadas pelos profissionais de saúde. Em escala coletiva, será preciso pensar estratégias de re-significação

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

Assim, ao se tratar das linhas de cuidado, necessariamente deve estar em pauta as estratégias de vinculação dos usuários às equipes de profissionais e o desenho de uma matriz de responsabilização desses para com a atenção integral à saúde. Podem-se, desse modo, delinear a adscrição de indivíduos, famílias, grupos ou mesmo de territórios às equipes de unidades de saúde, que seriam as responsáveis e as produtoras das linhas de cuidado.

As linhas de cuidado, baseadas no vínculo e na responsabilização, podem ser implementadas se forem resultantes de uma nova forma de constituir políticas de saúde a partir do consenso dos diferentes grupos de interesses, concepções, valores e práticas presentes no campo da saúde; rumo à construção de modos de produzir a atenção à saúde centrados no cuidado, nos usuários e na vida.

BIBLIOGRAFIA

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

BAPTISTA, Hugo Victorino Alqueres et al. Assistência médica. In: LEITE, Celso Barroso (Org.). **Um século de previdência social:** balanços e perspectivas no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. 229 p.

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

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

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

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

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

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

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

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

MENDES, E. V. **Alinhamento conceitual sobre rede de atenção a saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial da saúde 2008**: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca. [Geneva, 2008]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>. Acesso em: 15 jun. 2010.

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

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

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

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

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

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

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 1.3 – Gestão e Planejamento no SUS

Objetivo:

- Conhecer e afirmar a importância do planejamento e programação para a gestão do SUS.

Conteúdos:

- Gestão e planejamento no SUS
- Articulação entre o planejamento no SUS e o orçamento público
- Histórico do planejamento no SUS
- Momentos do planejamento e os instrumentos de gestão do SUS
- O Planejamento no SUS
- Programação em Saúde e a Programação Pactuada Integrada
- Parâmetros para a Programação de Ações de Saúde

Atividades:

1. Leia e discuta com seu grupo o caso "O Município de Recaminho", na página seguinte, analisando e registrando os principais problemas identificados no município.
2. Em grupo, leia o texto base dessa oficina – págs. 50 a 62 e proponha as alternativas de solução.
3. Sistematize para apresentação em plenária.
4. Apresentem em plenária as conclusões da atividade anterior.
5. Em plenária, participe da sistematização coletiva do aprendizado desta Oficina.
6. Assista ao vídeo sobre a Programação Pactuada e Integrada - PPI.
7. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na página 63.

"O MUNICÍPIO DE RECAMINHO"

"Estamos num município brasileiro de aproximadamente 100 mil habitantes, Recaminho, onde mora D.Maria.

Não há uma organização dos serviços de saúde focada no cidadão e seus serviços de controle, avaliação, regulação e auditoria são incipientes. O acesso à maioria dos serviços públicos de saúde é difícil e há certos privilégios para quem é oriundo da rede privada.

No último ano o município aplicou 18,97% do orçamento municipal na área. A estratégia de Saúde da Família, nos últimos cinco anos, passou de 4,6% para 63,8% de cobertura da população, principalmente na periferia. A área central, que contava com maior número de unidades básicas de saúde, mantém-se no modelo tradicional de atenção básica. Os estabelecimentos de saúde são: oito centros de saúde, com 18 equipes de Saúde da Família; três ambulatórios de especialidades (uma policlínica, um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial e um ambulatório hospitalar geral), quatro serviços de diagnose e terapia, um pronto-socorro municipal e um hospital filantrópico, com leitos nas clínicas básicas e de UTI.

O Conselho de Saúde reúne-se mensalmente, existe plano de saúde, todavia há quatro anos não é realizada a Conferência Municipal de Saúde. Os representantes dos usuários dos sindicatos e ONG são genuínos, porém os três representantes da Sociedade Amigos de Bairro são indicação do Prefeito e também são os contratantes dos Agentes Comunitários de Saúde. O Prefeito reclama que não tem mais orçamento e cobra do Secretário de Saúde uma solução.

A cobertura de consultas básicas está abaixo dos parâmetros, conforme a portaria GM/MS 1101/2002. Há uma inversão na concentração das consultas especializadas em relação às das clínicas básicas, apresentando uma produção acima do programado para as consultas de cardiologia. As gestantes da cidade precisam ir ao município vizinho para realizar o parto porque na Santa Casa o teto de cesáreas "extrapola" freqüentemente antes do final do mês. A UTI Neonatal não foi credenciada ainda. Devido a grande demanda para a Cardiologia, o município contratou para o ambulatório de especialidades mais cinco especialistas. Todavia, após um mês de trabalho, a lista estava novamente em seis meses para consulta cardiológica.

A fila de espera para cirurgia eletiva é de até dois anos. O número de especialistas contratados para estas áreas é suficiente. No entanto, quanto mais atendem, mais aumenta a fila, e o teto financeiro da Santa Casa está estourado.

Os casos que requerem Ressonância Magnética e Hemodinâmica Digital são realizados em outro município com contrato do prestador acima da tabela SUS. O município não recebe mais solicitações para esses exames, a não ser que o solicitante complemente o custo (sobre preço) do serviço contratado. Programou 17 hemodinâmicas/ano, baseado na série histórica do total de suas consultas, porém, ao aumentar a quantidade de consultas cardiológicas, "estourou" sua programação na referência.

Apresenta, segundo dados do IBGE, 86,4% da população alfabetizada; 86% da população estão cobertos por rede de água, 74% por rede de esgoto e 80,5% do lixo são coletados. Apresentou no último ano, como principais causas de morte as Doenças do Aparelho Circulatório, as Causas Externas e as Neoplasias e apresenta uma Mortalidade Infantil de 23,3 óbitos por mil nascidos vivos.

A população usuária de planos privados de saúde é de 25% do total.

GESTÃO E PLANEJAMENTO NO SUS

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

"Alice no País das Maravilhas". Lewis Carol.

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

Assim, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício das funções de gestão (coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria). São, portanto, os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde gestores do SUS, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

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

Há um forte argumento, sintetizado por Carlos Matus (1993), que justifica a importância do planejamento para os governos e as organizações: "Negar o planejamento é negar a possibilidade de escolher o futuro, é aceitá-lo seja ele qual for". Sob essa visão, o planejamento assume papel vital para o direcionamento de ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Assim, o planejamento não se resume a um conjunto de intenções ou à tomada de decisão em si. Consiste na formalização de procedimento para a obtenção de resultado articulado, de forma que as decisões possam estar integradas umas às outras (MINTZBERG, 2004). Sem a realização de planejamento, as atividades são executadas por inércia. Os serviços de saúde funcionam de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado. Assim, torna-se subjetivo, fragmentado e desordenado o funcionamento do sistema de saúde na medida de tantas quantas visões e, consequentemente, modos de operação existam. Se não há visão clara de onde se deseja chegar, cada indivíduo conduzirá e realizará suas atividades a sua maneira. Se tantos caminham para direções diversas, os avanços de uns se neutralizam pelos retrocessos de outros. Dificilmente haverá ganhos de qualidade e com certeza os recursos serão utilizados de forma menos eficiente.

Um aspecto importante a ser considerado é a necessidade de definição de fluxos e mecanismos de interligação entre os diversos atores, tanto do ambiente interno quanto externo a cada esfera de governo.

Quando se trata do planejamento no ambiente intra-organizacional (Secretarias de Saúde e Ministério da Saúde), geralmente o tema é tratado como assunto de um setor específico, responsável pelo planejamento da instituição. Nesta lógica, ocorre pouco envolvimento dos profissionais de saúde, que seriam responsáveis pelo alcance dos objetivos e metas propostos. Como estes não fazem parte do processo de sua definição, invariavelmente se observa o distanciamento entre o plano estabelecido e os resultados alcançados. O plano constitui-se apenas

de um conjunto de intenções que figuram em um documento, mas que não levam a resultados práticos. O planejamento acaba sendo feito para o cumprimento de exigência legal, em vez de instrumento para a implementação da política de saúde ou como base para a alocação de recursos.

No ambiente inter-organizacional, um dos grandes desafios que se apresentam é o da articulação entre os entes federados para que o planejamento em saúde de fato torne-se efetivo. A descentralização político-administrativa do sistema com consequente autonomia de gestão dos 5.565 municípios, 26 estados e o Distrito Federal traz consigo a dificuldade de integração entre eles.

Outro aspecto que contribui para menor efetividade das políticas é a desconexão entre as programações de saúde e o orçamento em cada ente federado. Invariavelmente, o orçamento é elaborado sem considerar as ações definidas para o exercício financeiro. É preciso assumir que, embora a dificuldade de articulação do planejamento entre os entes federados exista, é imprescindível à consolidação do SUS a articulação do planejamento entre as instâncias de gestão, uma vez que o sistema consiste de uma rede única, regionalizada e hierarquizada.

O caráter estratégico do planejamento se dá em dimensões em geral ausentes dos instrumentos utilizados, seja na intencionalidade que moveu a iniciativa de sua realização, nos valores e pressupostos que o antecedem, seja na escolha dos objetos a serem considerados, bem como no processo de sua elaboração e implementação. A produção teórica ligada aos enfoques estratégicos de planejamento realizou, na América Latina, uma crítica demolidora dos princípios epistemológicos e da ineficácia do planejamento tradicional, pelo seu recorte tecnicista e economicista, pela separação artificial do objeto do plano dos sujeitos que planejam, e por não considerar o contexto sociopolítico e, conseqüentemente, não realizar o cálculo e orientar a ação no sentido da garantia de sua viabilidade política. No setor da saúde, o enfoque tradicional tem seu paradigma no método CENDES-OPAS, desenvolvido pelo Centro Nacional de Desarrollo (CENDES), da Universidade Central da Venezuela, por encomenda da Organização Panamericana de Saúde – OPAS e publicado em 1965 (RIVERA, 1989).

A crítica ao enfoque normativo de planejamento suscitou, de forma mais ou menos marcante, em alguns atores envolvidos no planejamento em saúde, uma resistência a qualquer aspecto normativo, confundindo-se muitas vezes com a crítica à corrente normativa tradicional e sua superação, com a suposição da possibilidade de enfoques em que toda normatividade estivesse abolida. A ausência de normas em qualquer proposta de planejamento/programação esvazia não apenas seu Conteúdos, mas transforma as proposições ali contidas em meras declarações de intenções, sem qualquer conseqüência prática. Um dos luminares do enfoque estratégico em planejamento, Carlos Matus, admite e propugna em suas proposições teórico-metodológicas um momento normativo, no qual se definiria o desenho do conteúdo propositivo do plano que precisa como deve ser a realidade, em contraposição aos problemas presentes.

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

Na prática institucional, essas proposições quase nunca se moldam em alternativas concretas, restringindo-se, no mais das vezes, à realização de coletâneas de dados e informações demográficas e epidemiológicas que são juntadas nos primeiros capítulos dos planos estaduais e municipais, sem a necessária correspondência ou ligação clara com as suas proposições. Re-

produz-se, assim, a prática dos "diagnósticos de saúde" tão típicos dos modelos de "planejamento normativo". No campo da programação, especificamente, prevalecem os enfoques centrados na otimização da oferta ou na estimativa de demanda com base em parâmetros pouco consistentes, em geral construídos a partir de pequenos ajustes nas séries históricas de produção de serviços realizada em períodos recentes.

Essas práticas mal escondem a debilidade teórica e metodológica no campo do planejamento em saúde, que não acumulou, na maioria de suas áreas, conhecimento suficiente para correlacionar os fatos do adoecer e morrer com as tecnologias e ações de saúde adequadas à modificação da situação identificada. Em nosso meio, a incipiência das pesquisas de avaliação tecnológica em saúde, bem como das metodologias de planejamento e programação, podem ser imputadas como parcialmente responsáveis por esse déficit conceitual. O reconhecimento dessa insuficiência é uma condição necessária para o enfrentamento da questão das necessidades em saúde, admitindo-se, para a superação desse "gap", a adoção de estratégias de aproximações sucessivas ao objeto, de forma tentativa e incremental.

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

A utilização da noção de risco e sua medida pelo instrumental metodológico da epidemiologia são usualmente apontadas como uma alternativa para uma aproximação às necessidades em saúde,e consideradas por Mário Testa, aliadas às noções anteriores de demanda, como insuficientes para explicar o comportamento das pessoas frente aos serviços de saúde.

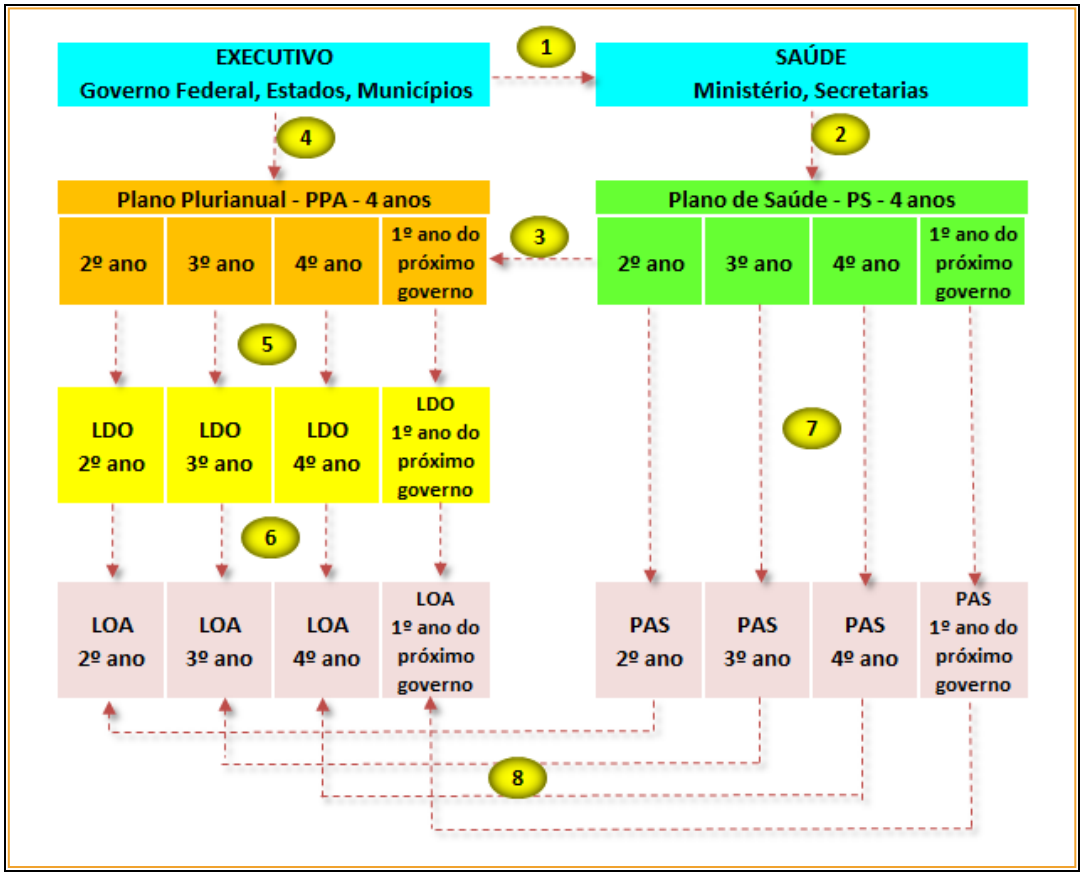
As "necessidades em saúde" são aqui consideradas como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e consensos sociais provisórios, pelo estágio atual do desenvolvimento tecnológico do setor, pelo nível das disponibilidades materiais para sua realização, legitimadas pela população usuária do sistema e pelos atores relevantes na sua definição e implementação. As aproximações às ditas necessidades só podem ser intentadas se adotadas várias abordagens e enfoques que integram diversas dimensões, sempre de caráter precário e fruto de consensos sociais (entre epidemiólogos, planejadores, gestores e, não por último, de representantes das sociedades científicas e da sociedade civil).

ARTICULAÇÃO ENTRE O PLANEJAMENTO NO SUS E O ORÇAMENTO PÚBLICO

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

lação entre todos eles. A Figura 1 mostra a relação entre os instrumentos de gestão do SUS e os de planejamento e orçamento da gestão pública.

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



Legenda: a) LDO = Lei de Diretrizes Orçamentárias; b) LOA = Lei Orçamentária Anual ;c) PAS = Programação Anual de Saúde.
Fonte: Adaptado de: (VIEIRA, F.S., 2009, p. 1574).

A etapa 1 da Figura 1 corresponde ao momento em que as diretrizes do governo são formuladas para orientar as atividades dos órgãos da administração pública, na formulação do Plano Plurianual (etapa 4). Considerando essas orientações, a área da Saúde (ministério ou secretarias estadual ou municipal) elabora o Plano de Saúde (etapa 2). Por sua vez, este plano deve subsidiar a formulação do PPA, o qual deve estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e, para as relativas aos programas de duração continuada (etapa 3). Para cada ano de vigência do PPA elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), com o objetivo de estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal para as despesas de capital para um exercício financeiro, ou seja, um ano (etapa 5), e a LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do ano correspondente, englobando toda a programação de gastos da administração pública, direta e indireta e os investimentos das empresas estatais (etapa 6). Voltando à perspectiva do setor saúde, o Plano de Saúde - PS se desdobra em Programações Anuais de Saúde (PAS) para cada ano de sua vigência, com o propósito de que sejam detalhados, para cada exercício financeiro, os objetivos, metas, ações e, especialmente, recursos necessários para realização das ações (etapa 7). Nesse sentido, as Programações Anuais de Saúde - PAS devem orientar a formulação das LOA, para que haja vinculação entre ações e recursos necessários programados e o orçamento aprovado, portanto, garantido, para sua execução (etapa 8). O funcionamento adequado desse fluxo é condição importante para a garantia de financiamento adequado, para a realização das ações de saúde em tempo oportuno.

Ainda por meio da Constituição Federal de 1988, estabeleceram-se os instrumentos de planejamento da gestão, aos quais deveriam se submeter todos os órgãos da administração pública, deflagrando processo de planejamento para sua obtenção, a fim de que pudessem ser programados os recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor (despesas e investimentos), em consonância com a receita arrecadada, em cada ente federado. Estabeleceram-se, então, o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

O PPA deve estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. Para cada ano de vigência do PPA, elaboram-se as Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), com o objetivo de estabelecer as diretrizes, objetivos e metas da administração pública para as despesas de capital para um exercício financeiro, ou seja, um ano, e a LDO de cada ano tem o papel de orientar a formulação das Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do ano correspondente, englobando toda a programação de gastos da administração pública, direta e indireta, e os investimentos das empresas estatais.

HISTÓRICO DO PLANEJAMENTO NO SUS

A criação do SUS, resultante do movimento de reforma sanitária, que reivindicava que o Estado assumisse maiores compromissos com a saúde, constituiu um avanço para o setor no país, na medida do reconhecimento de que o acesso aos serviços e ações deveria se dar de forma universal e igualitária, em uma rede hierarquizada. Promulgada a Constituição Federal que previu este direito, pode-se concluir que automaticamente gerou-se desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda, pois não existiu a etapa de preparação da administração pública para assumir as novas responsabilidades. A oferta estava limitada à rede assistencial existente até então, preparada para atendimento de um público restrito e norteada pelo viés curativo, em que se privilegiavam os serviços de atenção hospitalar. Quanto à demanda, de um dia para outro, ampliou-se para o conjunto de toda a população residente no território nacional.

Com a publicação da Lei nº 8.080/1990, além dos instrumentos de gestão pública citados e da necessidade de realização de planejamento nos municípios, estados, Distrito Federal e União para obtê-los, tornou-se clara a necessidade de que fosse interiorizada ao setor saúde a lógica do planejamento, por meio de um sistema articulado em que as decisões e escolhas das esferas subnacionais do SUS pudessem ser consideradas quando da formulação das estratégias em âmbito nacional. A lei estabeleceu a lógica de ascendência do planejamento e orçamento no SUS para a elaboração dos planos de saúde (do nível local até o federal), os quais deveriam ser utilizados para a formulação das programações de saúde que, por sua vez, deveriam estar contempladas nas respectivas propostas orçamentárias.

Os planos de saúde deveriam ser submetidos e aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Como forma de orientar este planejamento, o Ministério da Saúde produziu em 1992, por meio de um grupo técnico, um documento que teve por objetivo apresentar uma proposta para o processo em nível nacional. Sugere-se então a criação do Sistema Nacional de Planejamento que supõe: a) a rearticulação e coordenação das atividades de planejamento abrangendo o Ministério da Saúde, os estados, o Distrito Federal e os municípios; b) a superação dos entraves na orçamentação e no financiamento da saúde; c) a estruturação de práticas de avaliação, controle e acompanhamento. O trabalho propõe ainda três eixos para nortear a elaboração dos planos de saúde: a) situação epidemiológica; b) situação organizacional da rede de atenção à saúde; c) situação político-gerencial. Além disso, enfatiza que o caráter ascendente do planejamento mostra que a construção da Política Nacional de Saúde realiza-se a partir das necessidades locais. Destaca a importância da aprovação de cada plano no Conselho de Saúde correspondente e da participação social no processo de planeja-

mento. De modo mais normativo, recomenda que a vigência do plano deva ser a mesma dos governos em cada esfera e apresenta um roteiro para a sua elaboração, contendo os seguintes tópicos: a) identificação; b) análise da situação atual de saúde; c) seleção e priorização dos problemas; d) definição dos objetivos, metas e estratégias; e) recursos financeiros e f) conclusões. Orienta-se que o desdobramento do plano se dê por meio da programação e orçamentação em saúde, que tem o propósito de para cada ano de vigência do plano detalhar os objetivos e metas, com a previsão dos custos para o exercício financeiro, que deverão ser utilizados na elaboração do orçamento anual do respectivo governo. Recomendam-se os seguintes tópicos para a sua elaboração: a) identificação; b) introdução; c) análise da situação atual de saúde; d) prioridade, metas e ações propostas; d) recursos financeiros; e) conclusões.

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

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

Neste momento, estava flagrante no SUS que a descentralização municipalista precisava ser compatibilizada com um instrumento que permitisse que as populações tivessem acesso aos serviços de saúde, conforme a integralidade prevista enquanto princípio do sistema, mesmo que seus municípios não os disponibilizassem. Daí a necessidade de pactuar a sua oferta por outros entes federados, o que foi inicialmente feito pela inclusão do instrumento PPI, para mediar esta relação com o estado. Entretanto, embora a pactuação da oferta de serviços entre municípios e seus estados, por meio da PPI, tivesse constituído um avanço para a organização do sistema, ainda persistiam inúmeros problemas para garantia do acesso a eles por parte da população. Era urgente a discussão de um novo modelo para a regionalização da assistência à saúde, que incluísse os estados enquanto coordenadores desse processo.

Para resolver esta questão, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001), que basicamente ampliava o papel dos municípios na atenção básica à saúde e definia o processo de regionalização da assistência. Estabelece o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, de acordo com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de cuidado. Os estados passam a assumir responsabilidade maior na gestão do SUS, na medida em que passou a ser de sua competência a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde. Além disso, a submissão deste à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e seu envio ao Ministério da Saúde. A NOAS 01/2001 foi aperfeiçoada em alguns aspectos e substituída pela NOAS 01/2002. Por essa norma operacional, o PDR constitui

instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; de conformação de redes hierarquizadas de serviços; de estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. A partir do PDR, elaboram-se as PPI anuais.

Com a organização da regionalização em saúde, agrega-se mais um componente ao planejamento no SUS. Para a maioria dos municípios brasileiros, os gestores precisam elaborar planos e programar a assistência à saúde em bases não coincidentes com o seu território e sua autonomia político-administrativa e, portanto, com menor governabilidade sobre a questão. Este aspecto revela a complexidade de efetivação do planejamento em saúde em um sistema universal do porte do SUS.

Nesse mesmo período, estabeleceu-se a Agenda de Saúde como mais um instrumento de planejamento, por meio da Portaria GM nº 393, de 29 de março de 2001, sendo regulamentada pela Portaria GM nº 548, de 12 de abril de 2001. Foi concebida como um instrumento fundamental para a orientação estratégica da política de saúde no Brasil, definindo os eixos a serem considerados como referenciais prioritários no processo de planejamento em saúde. O processo de construção das agendas foi idealizado de forma descendente, em que os eixos prioritários de intervenção são vistos como de natureza nacional, pactuados entre os representantes das três esferas de governo. Elas constituiriam o início do planejamento, que resultaria na elaboração dos planos de saúde e no orçamento anual. Por sua vez, os planos seriam elaborados de forma ascendente e se desdobrariam para cada ano, em cada esfera de governo, no respectivo Quadro de Metas, no qual constariam os indicadores e a metas prioritárias de saúde. Para a sistematização e divulgação das informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores, enquanto instrumento de prestação de contas, foi instituído o Relatório de Gestão, que estabelece a correlação entre as metas, os resultados e a aplicação dos recursos.

MOMENTOS DO PLANEJAMENTO E OS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

Considerando o conceito de planejamento de Mintzberg (2004), que o define como "procedimento formal para produzir um resultado articulado, na forma de um sistema integrado de decisões", tem-se que com o planejamento coordenam-se as decisões na organização. Há uma relação entre planejamento e decisões, na qual o planejamento constitui-se no mecanismo empregado para auxiliar a tomada de decisão e para orientar a implementação das decisões tomadas.

A literatura sobre o processo decisório nas organizações enfatiza que as decisões são tomadas de forma diferenciada, de acordo com os níveis hierárquicos dessas organizações. No nível organizacional alto, constituído pelos dirigentes, as decisões são tomadas para a definição dos objetivos e das diretrizes organizacionais, o que é chamado de nível estratégico de tomada de decisão. No nível organizacional, dito intermediário, e no de supervisão, as decisões dizem respeito a questões administrativas e às operações realizadas no dia a dia, correspondendo ao nível tático-operacional de tomada de decisão.

Observando-se os dois instrumentos básicos de gestão, no processo de planejamento: os Planos de Saúde (PS) e as Programações Anuais de Saúde (PAS), como previstos no Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), torna-se claro que o PS é obtido por meio de planejamento estratégico e o PAS, por planejamento tático-operacional, em que os dois documentos representam produtos dos momentos (etapas) do planejamento em saúde.

De acordo com o PlanejaSUS , o Plano de Saúde contém diretrizes, objetivos e metas para um período de quatro anos, constituindo resultado de planejamento de médio a longo prazo, o

qual foca as linhas mestras de direcionamento da política de saúde, para as quais a organização deve enveredar esforços. Já a Programação Anual de Saúde detalha as ações que devem ser realizadas dentro de um exercício financeiro (um ano), com base nas diretrizes, objetivos e metas estabelecidas no Plano, constituindo, portanto, instrumento de gestão para a concentração de esforços da organização, programação de recursos e execução de ações, possibilitando o alcance dos propósitos definidos no Plano de Saúde. Assim deve existir a correspondência entre as ações da Programação Anual de Saúde e os respectivos objetivos do Plano de Saúde. A Programação Anual de Saúde existe para dar consecução às metas definidas no Plano de Saúde. Se esta correspondência é débil ou as PAS são alteradas sem as devidas revisões dos PS, desfaz-se a articulação entre os instrumentos e perde-se a lógica do processo, desvinculando ou distanciando os resultados obtidos do futuro que fora escolhido outrora.

A implementação do planejamento ascendente talvez seja um dos maiores desafios da gestão do SUS, para sua consolidação como sistema único. Está se tratando da articulação entre diferentes leituras sobre uma situação-problema, as quais geram diferentes propostas de intervenção, em um ambiente de autonomia político-administrativa. Daí a importância das instâncias de negociação e da construção coletiva, para a definição de fluxos e instrumentos, além da pactuação. Conforme determina a Lei nº 8.080/1990, a elaboração do Plano Nacional de Saúde deve se dar a partir da observação das necessidades locais. Encontra-se aí o postulado de integração entre os planos de saúde elaborados por municípios e estados para subsidiar a elaboração do instrumento na etapa nacional. Estados e a União precisam considerar os objetivos e metas definidos pelos municípios para, a partir desta leitura local, fomentar as iniciativas, além de definir outras, de acordo com a sua visão sobre a realidade. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) insere- se nessa lógica como substrato para a elaboração dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde. Por sua vez, estes precisam orientar a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), assim como o PDR também o faz. Por fim, todos estes instrumentos são utilizados para a formulação da Programação Anual de Saúde (PAS), a qual está intimamente associada aos planos de saúde. Assim, considerando que todos estes instrumentos de gestão do SUS ainda precisam se integrar aos instrumentos de planejamento e orçamento da gestão pública e que estes últimos têm prazos estabelecidos para elaboração pela Constituição Federal, o estabelecimento de fluxos e prazos para a formulação dos primeiros precisa ser regulamentado para promoção desta integração.

O PLANEJAMENTO NO SUS

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

Os objetivos do PlanejaSUS são: a) pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS; b) formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento; c) implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; d) promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS; e) monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados.

Os instrumentos básicos do PlanejaSUS, definidos a partir desta perspectiva são:
a) Plano de Saúde (PS);
b) Programação Anual de Saúde (PAS); e
c) Relatório Anual de Gestão (RAG).

O Plano de Saúde é o instrumento que, a partir da análise situacional, apresenta as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, sendo estruturado em objetivos, diretrizes e metas. A PAS é o instrumento que operacionaliza as intenções do PS e o RAG apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS. Recomenda-se que a elaboração do PS seja feita em dois momentos: análise situacional e formulação dos objetivos, diretrizes e metas. Sugerem-se três eixos norteadores para a elaboração do PS e suas vertentes, como segue:

a) condições de saúde da população (vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência e assistência farmacêutica);

b) determinantes e condicionantes de saúde;

c) gestão em saúde (planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura).

Além dos três instrumentos citados, mantém-se o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Recomenda- se que o PS seja elaborado obedecendo à vigência do PPA em cada esfera de governo.

PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE E A PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA

A programação em saúde é considerada como uma dimensão inseparável do processo geral de planejamento setorial, definida muito mais pela sua inserção em níveis mais próximos dos espaços operacionais do que propriamente por qualquer outra característica ou especificidade conceitual ou metodológica. Conforme Rivera (1989), a programação se define como um espaço do planejamento determinado pela menor agregação do seu objeto (geográfico e de informação), pela sua localização institucional na periferia e pela menor abrangência temporal de sua proposta.

Embora a programação esteja imbricada de forma indissociável ao processo de planejamento, define-se por algumas dimensões que lhe são características e que permitem, com alguma segurança, delimitar seu objeto. A programação caracteriza-se, principalmente, pela alocação de recursos quantificados no plano, podendo ou não envolver diretamente sua representação orçamentária ou financeira. Nesse caso, a correspondência com os padrões monetários deve ter sido realizada em algum momento do processo de planejamento, sob pena de não se garantir sua viabilidade econômica.

As propostas de programação no SUS refletem, em geral, determinadas intencionalidades, guardando maior ou menor coerência com as orientações das políticas de saúde, buscando reforçar a direcionalidade dessas políticas no campo estrito do custeio da atenção.

A PPI passa a ser considerada como o processo privilegiado de alocação de recursos para a garantia da construção das "redes regionalizadas e hierarquizadas" ou "sistemas funcionais" de saúde, privilegiando as relações e fluxos que se conformam no nível das relações intermunicipais.

Dentre os dispositivos normativos que se seguiram à NOAS, a Portaria nº 1.020/GM, de 31 de maio de 2002, regulamentou a PPI da Assistência como 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 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 (BRASIL, 2002).

O escopo da PPI da assistência, portanto, se restringiu a aspectos das relações entre o nível federal e os gestores estaduais e municipais e dos gestores municipais entre si, servindo de instrumento facilitador das negociações em torno dos fluxos intermunicipais, atualizando e dando transparência aos valores dos limites financeiros de custeio de cada um dos entes. Não procurou abarcar os diversos aspectos do planejamento setorial como a programação de investimentos, de recursos humanos, de insumos, medicamentos etc., muito menos pretendeu ampliar sua abrangência para o interior dos sistemas municipais. Há um razoável consenso entre os técnicos com experiência em programação de que qualquer instrumento, principalmente os de utilização nacional, não deve pretender abarcar um leque muito amplo das diversas dimensões do planejamento do setor, devendo focar minimamente os aspectos estratégicos indicados pela conjuntura institucional ou sanitária. A experiência de sua implementação, no entanto, vem indicando a necessidade da sua extensão para aspectos inicialmente negligenciados como a programação interestadual e a programação das unidades assistenciais.

A nova proposta de PPI introduz mudanças nas diretrizes do processo, na lógica de programação, aberturas programáticas e concepção do Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada (SIS PPI), incluindo a etapa de programação intramunicipal.

A formulação da nova lógica de Programação Pactuada e Integrada ocorreu concomitantemente à definição de Política Nacional de Regulação, sendo um processo compartilhado que envolveu diversos setores do MS, o CONASS, CONASEMS e experiências acumuladas de diversas secretarias estaduais e municipais de saúde. Suas diretrizes estão dispostas na portaria nº 1097/GM de 22 de maio de 2006, que apresenta os seguintes eixos orientadores:

- Centralidade na atenção primária à saúde.
- Integração das programações.
- Novas aberturas programáticas.
- Fontes dos recursos programados.
- Processo de programação – relação intergestores.

Na busca da integralidade da atenção à saúde o modelo que se propõe é o da conformação de redes de serviços regionalizadas e hierarquizadas, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, programação e regulação. Pretende-se, com sua organização, garantir da forma mais racional possível, o acesso da população a todos os níveis de atenção.

Segue abaixo alguns itens importantes para implantação desta proposta:

- Centralidade da programação a partir da atenção básica.
- Programação da atenção básica e média complexidade ambulatorial considerando as áreas prioritárias definidas pelos gestores.
- Destaque para as prioridades definidas nos planos de saúde.
- Flexibilidade no seu nível de agregação dos procedimentos, seguindo a estrutura da tabela unificada para a área ambulatorial.
- Programação por clínicas na área hospitalar.
- Programação descendente na alto custo e ascendente na média complexidade.
- Parâmetros de atenção básica e de média complexidade construídos a partir das áreas prioritárias do Ministério da Saúde.
- Utilização de referência em séries históricas de produção para as ações não priorizadas ou de difícil parametrização.

- Programação dos procedimentos estratégicos de acordo com as aberturas programáticas definidas.
- Programação das ações executadas pelos serviços financiados por valores globais.
- Integração da programação da assistência com a programação da vigilância à saúde.
- Identificação das ações de média e alto custo assistenciais decorrentes dos agravos priorizados pela vigilância.
- Instrumento de programação com uma plataforma comum, preservadas as especificidades do objeto de trabalho de cada área.
- Fortalecimento da programação municipal permitindo ao município definição de prioridades e parâmetros a serem adotados.
- Programação regional de saúde com avaliação das necessidades de capacidades regionais, pactuação de referências intermunicipais, intra e interestaduais.
- Possibilidade de programação distrital.
- Desagregação da programação municipal até o estabelecimento de saúde (PPI intra-municipal).
- Programação dos recursos de fontes estaduais e municipais.

A cada mudança motivada por abertura de novos serviços, fechamento de serviços, novos pactos de referência, aumento de limite financeiro, aumento de valor de tabela, etc., a programação tem que ser alterada. Essa alteração pode incidir diretamente no estabelecimento de saúde (quando não houver impacto nas referências intermunicipais) ou partir de uma resolução das CIB passando por alterações nos pactos intermunicipais e chegando ao estabelecimento de saúde.

PARÂMETROS PARA A PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE

Para melhor embasar o processo de programação, é importante a definição de parâmetros de referência. Os parâmetros assistenciais baseados unicamente em séries históricas de produção podem reproduzir os desvios já existentes no Sistema de Saúde, porém, não se pode cair no equívoco de desprezá-los. Para possibilitar que se tenha outra fonte que signifique um avanço, são necessários ajustes nas aberturas programáticas que permitam a incorporação de parâmetros recomendados por instituições de notório saber em determinadas áreas de conhecimento.

Para a sua elaboração da PPI, foram considerados, os consensos estabelecidos pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde; as séries históricas de produção de atendimento prestado aos usuários do SUS; a experiência de serviços de saúde; as contribuições recebidas por meio da Consulta Pública SAS/MS n° 02, de 06 de julho de 2005, que resultaram na Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007.

A metodologia utilizada para sua a construção considerou as áreas estratégicas, subdivididas em áreas de atuação. Para cada área de atuação, foram definidos: população alvo, prevalência ou incidência quando procedente, cobertura, ações propostas e as suas respectivas necessidades estimadas (parâmetros de concentração expressos em ações per capita). Este trabalho teve como objetivo apresentar aproximações que possam ser criticadas e melhoradas continuamente, à medida que suscitem e induzam a avaliação das situações reais e a pesquisa científica aplicada.

Foram elaborados parâmetros para as seguintes áreas: Saúde da Mulher; Saúde da Criança; Saúde do Adolescente; Saúde do Adulto; Saúde do Idoso; Saúde Bucal; Saúde Nutricional; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Urgências; Hepatites Virais; DST/AIDS; Hanseníase, Tuberculose e Meningite.

Os parâmetros de concentração e cobertura propostos pelas áreas técnicas partiram das ações da atenção básica apontando para as ações de média complexidade. Buscou-se, desta forma,

orientar a programação reconhecendo o papel protagônico da atenção básica e caracterizando a média complexidade como um estágio aberto às demandas da atenção básica, com o papel de lhe conferir maior resolubilidade.

A PPI representa, atualmente, um dos momentos do processo de planejamento do SUS que agrega tanto funções de alocação de recursos quanto de reorganização das redes de atenção, dando concretude às diretrizes e prioridades expressas nos demais processos e instrumentos gerais de planejamento: planos de saúde, planos plurianuais e outros. Embora, até o momento, esse processo tenha se restringido aos recursos federais, a nova proposta de PPI passará a englobar recursos próprios dos estados e municípios destinados ao custeio das ações e serviços de saúde.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm>. Acesso em: 20 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- SUS**: NOB SUS 1996. Brasília, DF, 1997. Disponível em: <siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em: 20 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. [Norma Operacional Básica (NOB–SUS 1993)]. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993**. Disponível em: <siops.datasus.gov.br/.../Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 20 maio 2005.

_____.Ministério da Saúde. Agenda Saúde 2001. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 393, de 29 de março de 2001**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-393.htm>. Acesso em: 20 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 548/GM de 12 de abril de 2001**. Aprova o documento "Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS". Disponível em:<portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20548.pdf>. Acesso em: 13 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência À Saúde / SUS: NOAS-SUS 01/02. In: _____. . **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 20 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699/GM de 30 de março de 2006**: Regulamenta as diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_699_2006.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.097 de 22 de maio de 2006**: Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde para que seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/sas/cpa/PortariaGM1097.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.332 de 28 de dezembro de 2006**. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/.../pt3332_instrumentos_planejasus.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007**: Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2007/GM/GM-91.htm>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 372/GM de 16 de fevereiro de 2007**: Altera a Portaria 699/GM. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/.../PORTARIAS/Port2007/GM/GM-372.htm>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 325/GM de 21 de fevereiro de 2008**: Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Disponível em: <www.saude.am.gov.br/docs/pacto/Portaria_325_210208.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS**: Uma construção coletiva: Instrumentos básicos. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de planejamento do SUS:** Uma construção coletiva: Organização e funcionamento. Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **SUS**:Instrumentos de gestão em saúde. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS–SUS 01/02. In: _____.

PORTARIA MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm>. Acesso em: 15 jun. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01–SUS 96.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>. Acesso em:15 jun. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/.../06_0257_M.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2010.

CAMPOS, F. C. C. **Gestão intergovernamental no financiamento do Sistema Único de Saúde**: a Programação Pactuada e Integrada (PPI) do SUS/MG, 1997–98. 2000. Dissertação (Mestrado em Administração)–Centro de Pós-Gradução em Administração, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

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

MEDEIROS, M. **Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. (Textos para discussão, n. 687). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/pub/td/td0687.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2005.

MINTZBERG, H. **Ascensão e queda do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

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

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

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

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 1.4 – Financiamento e Controle Social

Objetivo:

- Conhecer e afirmar a importância do financiamento e do controle social para o aprimoramento do SUS e o papel das áreas de RCAA neste processo.

Conteúdos:

- O Financiamento na Saúde
- Comparações internacionais
- O Financiamento da Saúde no Brasil
- Despesas com ações e Serviços de Saúde
- Fundos de Saúde
- Modalidades de Repasse
- Pacto de Gestão e Financiamento
- Controle Social
- História de conquistas
- Participação popular e controle social
- Ouvidoria do SUS

Atividades

1. Em grupo, leia o texto base desta Oficina nas pags. 66 a 80 e discuta quais os principais desafios para o financiamento do SUS e como o controle social pode colaborar para superação desses desafios. Sistematize as conclusões.
2. Prepare uma dramatização do Conselho Municipal de Saúde do município de Recaminho em que seja discutido o financiamento.
3. Apresente a dramatização em plenária.
4. Em plenária, participe da sistematização coletiva do aprendizado desta Oficina;
5. Utilize o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na página 82.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE

As necessidades e desejos humanos são crescentes e ilimitados e assim nunca haverá suficiência de recursos para a satisfação integral a todas as necessidades. Há sempre uma grande negociação entre a agenda de necessidades e os recursos disponíveis.

No campo da saúde essa questão era, provavelmente, pouco importante nos primórdios da medicina, principalmente, porque a tecnologia para prevenir e tratar doenças, era bastante simples, principalmente quando comparada aos padrões modernos.

O crescimento acelerado do saber médico-sanitário e outros fatores que incrementam os custos dos serviços de saúde mudou substancialmente esse cenário a partir de meados do século XX, forçando inclusive a crescente participação dos estados nacionais no financiamento e na provisão de cuidados médicos.

Desenharam-se então, de início na Europa os dois principais modelos de financiamento de sistemas de saúde:

- **O modelo contributivo ou de seguro social**, também chamado modelo de cotas, ou ainda bismarckiano, o qual é financiado por contribuições compulsórias patronais e de trabalhadores. Sua denominação deriva da legislação alemã do estadista prussiano Bismarck em 1883, inspiradora de sistemas previdenciários de todo mundo, como na Bélgica (1884), França (1888) e Luxemburgo (1901) (PIOLA; VIANNA; VIVAS, 2001). Quarenta anos depois (1923) chegou ao Brasil;

- **O modelo anglo-saxão ou de seguridade social,** beveridgeano (de Lord William Henry Beveridge, 1879 -1963) financiado por impostos gerais, teve origem na Inglaterra em 1948. Foi adotado posteriormente em vários países como Itália, Grécia, Portugal, Espanha, Suécia, Dinamarca (PIOLA; VIANNA; VIVAS, op. cit.), Noruega, Finlândia e Suécia (MENDES, 1996).

Este sistema de proteção social está vinculado ao conceito de Estado de Bem-Estar (Welfare State), cuja característica central é a cobertura universal de serviços sociais básicos como educação fundamental, previdência, assistência social e saúde. Sua construção representa, em última análise, o resultado de um processo de desmercantilização da área social, ou seja, uma progressiva substituição das relações de mercado por direitos sociais. Tal concepção, característica da social democracia, leva a uma gradual universalização da política social.

Na América Latina e Caribe a opção predominante foi pela combinação eclética dos dois modelos. No modelo segmentado e desigual gerado por essa escolha, conviviam dois subsistemas: um contributivo, também chamado de seguridade social, ao qual se vinculava a população inserida no mercado de trabalho formal e outro, para o resto da população, operado pelos respectivos Ministérios da Saúde, mas oferecendo uma cobertura qualitativamente inferior a proporcionada pela seguridade social.

Alguns países, entre os quais, Trinidad Tobago, Suriname, Jamaica, Haiti, Guiana, Belize, Barbados, Bahamas e Brasil (depois de 1988) optaram pelo modelo anglo-saxão. Esses países têm duas características em comum. Com exceção do Brasil, são todos unitários, de pequeno porte, quer territorialmente, quer na dimensão demográfica. Também com exceção do Brasil e de Cuba, os demais são de colonização não hispânica.

Um terceiro modelo seria o modelo americano. Sob a óptica do financiamento, a origem é mista, pois envolve recursos federais, dos estados (no caso de alguns grupos sociais) e dos bene-

ficiários. Mas a clientela é seletiva. Os primeiros beneficiários foram os índios e os ex-combatentes. Na década de 1960 foram incorporados os idosos (medicare) e os pobres (medicaid). A população incorporada ao mercado formal de trabalho é atendida por meio de seguros privados de saúde em grande parte patrocinados pelas empresas.

Um quarto modelo, praticamente extinto desde o esfacelamento da União Soviética, foi adotado a partir da idéia de Semashko (MENDES, op. cit.). No seu apogeu cobriu os países socialistas do leste europeu, chegando a Cuba no início dos anos 1960. Sua identidade com o modelo anglo saxão está na universalidade do acesso e no financiamento estatal. Mas com uma característica específica: ausência do setor privado, sendo a provisão exclusivamente estatal pelo menos até seu apogeu.

No mercado privado, o financiamento é, por definição, originário das famílias e das empresas. Mas a participação governamental pode estar presente, como acontece no Brasil, sob duas formas: indireta, mediante incentivos fiscais e, diretamente, quando financia ou subsidia planos de saúde para seus servidores e dependentes.

O financiamento no mercado ocorre em duas vertentes: com recursos das famílias e/ou das empresas. Por sua vez, as modalidades principais de financiamento são o pré pagamento e o pagamento direto (out of pocket).

A primeira é inerente aos planos e ao seguro de saúde. A segunda modalidade é o pagamento direto (out of pocket). Trata-se da modalidade mais antiga e uma das características da medicina liberal clássica. Sua vantagem mais apreciada é possibilitar ao paciente o exercício, na plenitude, do direito de livre escolha do médico, hospital ou qualquer outro tipo de serviço. Por outro lado, o pagamento direto pode ser a forma mais regressiva de custear a assistência à saúde, além de expor as famílias a gastos que podem ser catastróficos (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2000).

COMPARAÇÕES INTERNACIONAIS

Os serviços de saúde são caros e os gastos em Saúde são altos e crescentes em razão da existência de forças expansivas e de problemas estruturais do sistema.

Devido à **transição demográfica** as populações envelhecem e aumentam sua longevidade e os gastos em Saúde são maiores nos mais velhos. A **transição epidemiológica** com o aumento relativo das doenças crônicas em relação às quais os gastos são maiores, ao que se somam, principalmente nos países em desenvolvimento, as doenças infecciosas reemergentes e emergentes.

Há um **processo de incorporação tecnológica** constante que se faz, cada vez mais, por meio de tecnologias de maior densidade e de maiores custos. O aumento das expectativas da população e dos profissionais de saúde em relação às novas soluções sanitárias cria um ambiente propício à incorporação de tecnologias, muitas vezes sem efetividade comprovada. Os prestadores de serviços, a indústria biomédica e a indústria farmacêutica pressionam pela adoção das novas tecnologias. A existência de incentivos intrínsecos aos sistemas de saúde expandem, constantemente, as estruturas e as práticas médicas, estimulando a construção de novas unidades de saúde, a formação crescente dos recursos humanos e a incorporação de formas de pagamento dos serviços indutoras de uma "sobreutilização".

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) a economia global em saúde está crescendo mais rapidamente que o Produto Interno Bruto (PIB), aumentando sua participação de 8% para 8,6% do PIB mundial, entre 2000 e 2005. Em termos absolutos, ajustados pela

inflação, isto representa um crescimento de 35% na despesa mundial com saúde em um período de cinco anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

O gasto com saúde no Brasil, em 2005, segundo as estimativas da Organização Mundial de Saúde (2000), representa algo em torno de 7,9% do PIB. Nesse período, o gasto total per capita em saúde padronizado segundo paridade de poder de compra foi de US$ PPP 755 enquanto o gasto público per capita foi de US$ PPP 333, muito inferiores aos países desenvolvidos e até mesmo de vários países da América Latina.

As comparações internacionais que se seguem confrontam países com as seguintes características:

- Grandes áreas geográficas e integrantes do BRICs (Sigla criada por uma empresa de consultoria internacional para designar quatro países considerados emergentes: Brasil, Rússia, Índia e China);
- Integrantes do MERCOSUL;
- Sistemas de saúde de acesso universal.

Entre os países de grande dimensão geográfica, existe grande heterogeneidade do gasto total com saúde e do gasto per capita (US$ PPP). Considerando o percentual do PIB, o Brasil encontra-se próximo da média, entretanto, quando se consideram apenas os chamados BRICs, é o país com o mais alto gasto com saúde como percentual do PIB e gasto per capita.
Brasil e Estados Unidos têm situação bastante similar quando se examina o percentual do gasto público em relação ao gasto total com saúde (Tabela 1), apesar da diferença de sistemas de saúde existentes nos dois países. O país com mais alta participação pública (67%) é a Austrália, seguido da Rússia (62%).

Tabela 1 – Gasto total em saúde como % do PIB, participação do gasto público no gasto total em saúde e *per capita* do gasto total em saúde e gasto público segundo paridade de poder de compra (PPP int.$) em países com grandes áreas geográficas.

País	Gasto total em saúde % do PIB	% do gasto público em saúde/gasto total em saúde	Gasto total *per capita* em saúde (PPP int.$)	Gasto público *per capita* em saúde (PPP int.$)
Austrália	8,8	67,0	3001	2.012
Brasil (*)	**7,9**	**44,1**	**755**	**333**
Canadá	9,7	70,3	3.419	2.402
China (*)	4,7	38,8	315	122
EUA	15,2	45,1	6.350	2.862
Índia (*)	5,0	19,0	100	19
Rússia (*)	5,2	62,0	561	348
Média	8,1	49,5	2.072	1.157
Mínimo	4,7	19,0	100	19
Máximo	15,2	70,3	6.350	2.862
Global	**8,6**	**56,0**	**790**	**442**

Fonte:(WORD HEATH STATISTIC, 2008) In:(CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007) (*) Países integrantes do BRICs

Entre os países do MERCOSUL, até mesmo aqueles com status de membros associados, a situação pode ser considerada como homogênea quando comparada com o grupo anterior. Em valores relativos (% do PIB), o Brasil (7,9%) gasta menos que Argentina (10,2%) e Uruguai (8,1%). Em valores per capita, perde também para esses países. O país com a mais alta participação pública é a Bolívia (61,6%), e todos os outros, com exceção do Chile (51%), tem participação menor que 46%, sendo que o percentual brasileiro só é mais alto que Paraguai, Uruguai e Argentina.

Quando se examinam os sistemas de saúde de atenção universal, nota-se que apresentam gasto total em saúde relativamente alto, financiamento público superior ao privado, recursos

oriundos de impostos gerais, gratuidade, gasto e cobertura privados residuais ou pouco significativos.

No Brasil, ao contrário, só as características de recursos oriundos de impostos gerais e gratuidade estão presentes no sistema. O percentual do gasto público em saúde é inferior ao privado e o valor per capita público é muito baixo quando comparado com países de sistemas semelhantes (Tabela 2).

Tabela 2 – Gasto total em saúde como % do PIB, participação do gasto público no gasto total em saúde e *per capita* do gasto total em saúde e gasto público segundo paridade de poder de compra (PPP int.$) em países selecionados com sistema de acesso universal 2005.

País	Gasto total em saúde % do PIB	Gasto total *per capita* em saúde (PPP int.$)	% do gasto público em saúde/gasto total em saúde	Gasto público *per capita* em saúde (PPP int.$)
Austrália	8,8	3.001	67,0	2.012
Áustria	10,2	3.485	75,7	2.639
Bélgica	9,6	3.071	71,4	2.194
Canadá	9,7	3.419	70,3	2.402
Cuba	7,6	333	90,8	302
Dinamarca	9,1	3.064	84,1	2.577
Finlândia	7,5	2.299	77,8	1.787
França	11,2	3.314	79,9	2.646
Alemanha	10,7	3.250	76,9	2.499
Islândia	9,5	3.344	82,5	2.760
Israel	7,8	2.143	66,5	1.425
Itália	8,9	2.474	76,6	1.894
Japão	8,2	2.498	82,2	2.052
Luxemburgo	7,7	5.521	90,7	5.006
Holanda	9,2	3.187	64,9	2.069
Nova Zelândia	8,9	2.223	77,4	1.720
Noruega	9,0	4.307	83,6	3.600
Portugal	10,2	2.036	72,3	1.472
Espanha	8,2	2.242	71,4	1.602
Suécia	9,2	3.012	81,7	2.460
Suíça	11,4	4.088	59,7	2.440
Reino Unido	8,2	2.597	87,1	2.261
Média	9,1	2.950	76,8	2.265
Mínimo	7,5	333	59,7	302
Máximo	11,4	5.521	90,8	5.006
Brasil	**7,9**	**755**	**44,1**	**333**
Global	**8,6**	**790**	**56,0**	**442**

Fonte: (WORD HEATH STATISTIC , 2008) – In: (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE , 2007)

Quando comparamos o Brasil com outros países que têm sistemas universais de saúde, nota-se claramente que o percentual em relação ao PIB e os valores gastos estão muito aquém, o que deixa evidente o sub-financiamento do SUS desde a sua criação.

O FINANCIAMENTO DA SAÚDE NO BRASIL

Antes da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), a saúde era financiada com recursos do orçamento do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do orçamento fiscal. Os recursos do Fundo de Previdência e Assistência Social sempre representaram a maior parte nos gastos com saúde e, entre 1980 a 1988, oscilaram de 85,2% a 76,9%, enquanto os recursos do tesouro (orçamento fiscal) representavam 12,9% a 22,7% do total (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 20). Em 1987, o dispêndio federal com serviços de saúde aproximou-se dos Cz$ 300 bilhões. Esse montante correspondia a 70% do gasto público total das três esferas de governo no setor (op. cit., p. 19).

Na Constituição Federal de 1988, a saúde é garantida como um dos direitos sociais (art.6º), fazendo parte da Seguridade Social que "compreende um conjunto integrado de ações de inici-

ativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (art. 194). Definiu também que o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

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

No artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) ficou definido que 30%, no mínimo, do Orçamento da Seguridade Social (OSS), excluído o seguro-desemprego, seriam destinados ao setor de saúde até que a Lei de Diretrizes Orçamentárias fosse aprovada. Em valores atuais, isso representaria R$ 109,97 bilhões, muito acima dos R$ 54,827 bilhões previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA) 2009.

A vinculação de recursos para a saúde (30%, no mínimo, do OSS, excluído o seguro-desemprego) ocorreu na Lei n. 8.211/1991 que dispôs sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 1992, mas para que o percentual fosse cumprido incluíram-se na conta da saúde gastos normalmente não considerados como de responsabilidade específica do setor, como, por exemplo, assistência médica e odontológica a servidores da União, encargos com inativos e pensionistas do Ministério da Saúde (MS), saneamento básico, etc.

Em 1993, ao mesmo tempo em que se comemorava a vitória de uma Norma Operacional Básica do MS que avançava no sentido do reconhecimento do papel dos gestores no SUS, sofria-se um revés importante na área de financiamento quando a saúde pública perdeu a sua principal fonte, pois os recursos arrecadados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) passaram a cobrir as despesas previdenciárias e o setor saúde teve de disputar com distintas áreas outras fontes de receitas.

Várias tentativas de vinculação aconteceram na década de 1990, mas somente em 13 de setembro de 2000, após intensas negociações, foi aprovada e promulgada a Emenda Constitucional n° 29 (EC n° 29) que determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

A EC n° 29 garantiu o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo, estabelecendo base de cálculo para a definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios.

O artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) definiu que a União, no ano 2000, aplicaria no mínimo o 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 corresponderia ao valor apurado no ano anterior em ações e serviços públicos de saúde, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

No caso dos estados e do Distrito Federal, devem ser aplicados 12% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios; e no caso dos municípios e do Distrito Federal, 15% do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

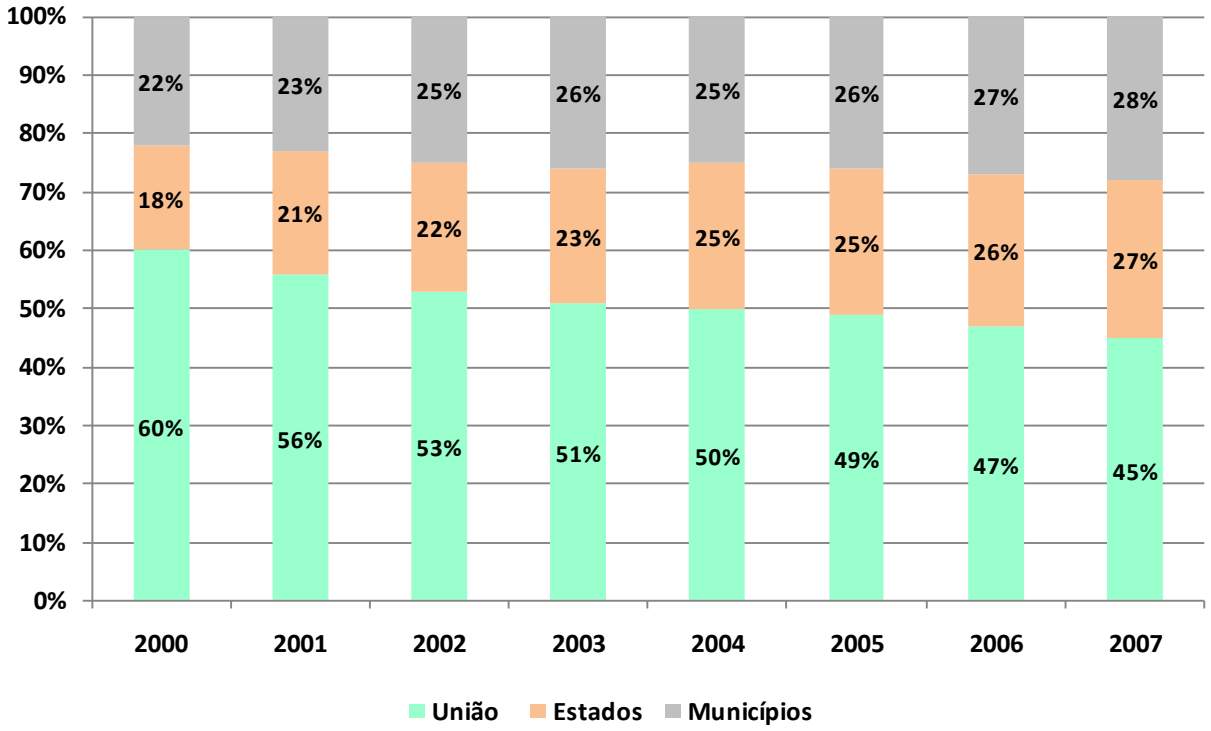
Está prevista também no § 3º do artigo 198 da Constituição Federal a possibilidade de as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União serem reavaliadas por lei complementar pelo menos a cada cinco anos desde a data de promulgação da EC n° 29.

Nos últimos anos, a implantação da EC n° 29 alterou a distribuição relativa dos gastos das três esferas de governo com ações e serviços públicos de saúde, como se observa no Gráfico 1.

Nota-se significativa redução da participação relativa da União no financiamento público da saúde, de aproximadamente 60%, em 2000, para 45%, em 2007, enquanto se observa uma tendência de aumento da participação relativa dos estados e dos municípios no financiamento nesse mesmo período: os estados elevaram sua participação de 19% para 27% e os municípios de 22% para 28%.

As variações verificadas entre 2000 e 2007 nas despesas com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo foram de 186,73%, nas quais União, estados e municípios variaram respectivamente 117,69%, 309,84% e 271,90%, confirmando as previsões que o impacto da EC n° 29/2000 seria em maior proporção nos gastos estaduais e municipais. Ao mesmo tempo, a União, apesar de ser Fo grande arrecadador de impostos e contribuições, reduziu significativamente sua participação proporcional nas despesas públicas em saúde.

Gráfico 1 - Participação nas despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007.



União; MS/SPO/CGOF/CAA – Planilhas elaboradas para a Cofin/CNS; Estados: 2000 a 2002: SIOPS –NT 10/2004, 2003; SIOPS 21/2007, 2007: demonstrativo; http://siops.datasus.gov.br/cons_perc-apl_saude_EC29_UF.php?UF=12&Ano=2007&Periodo=2; Municípios: Série Histórica – 2000 em diante (anual), acesso em 27 de fevereiro de 2009 (5.445 municípios), http://www.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM.
Fonte: (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Os gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil de 2000 a 2007, por parte do governo federal, dos estados e dos municípios, podem ser observados na Tabela 3, bem como o per capita. Em 2000, a União, os estados e os municípios gastaram com recursos próprios R$ 20,35 bilhões, R$6,3 bilhões e R$ 7,37 bilhões, respectivamente, perfazendo um gasto total de R$ 34,04 bilhões, o que corresponde a um per capita de R$ 198,71/habitante/ano.

Em 2007, esses mesmos gastos públicos com ações e serviços de saúde no Brasil totalizaram R$ 97,59 bilhões, o que corresponde a um per capita de R$ 520,08/habitante/ano e representa um incremento de 161,73% de 2000 a 2007. Nesse ano, os governos federal, estaduais e municipais tiveram uma despesa de R$ 44,30 bilhões, R$ 25,88 bilhões e R$ 27,41 bilhões, respectivamente.

Tabela 3 - Participação nas despesas com ações e serviços públicos de saúde por esfera de governo, 2000 a 2007, em R$ bilhões *per capita*.

Ano	União	Estados	Municípios	Total	*Per capita*
2000	20,35	6,31	7,37	34,04	198,71
2001	22,47	8,27	9,29	40,03	230,34
2002	24,74	10,31	12,02	47,07	266,97
2003	27,18	12,22	13,63	53,03	296,97
2004	32,70	16,68	16,59	65,98	364,32
2005	37,15	19,28	20,26	76,69	418,21
2006	40,75	22,42	23,67	86,84	467,96
2007	44,30	25,88	27,41	97,59	520,08

União; MS/SPO/CGOF/CAA – Planilhas elaboradas para a Cofin/CNS; Estados: 2000 a 2002: SIOPS –NT 10/2004, 2003; SIOPS 21/2007, 2007: demonstrativo; http://siops.datasus.gov.br/cons_perc-apl_saude_EC29_UF.php?UF=12&Ano=2007&Periodo=2; Municípios: Série Histórica – 2000 em diante (anual), acesso em 27 de fevereiro de 2009 (5.445 municípios), http://www.datasus.gov.br/cgi/siops/serhist/MUNICIPIO/indicadores.HTM.
Fonte: (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Nota-se que estados e municípios aumentaram em quatro vezes o volume de recursos financeiros se compararmos o ano de 2000 ao ano de 2007, e desde 2004 a somatória de seus recursos supera o total de recursos federais.

Quando se analisam as despesas por esfera de governo, entre 2000 e 2007, a participação média do governo federal no gasto público com ações e serviços de saúde foi de 1,70% do PIB, com pouca flutuação ao longo do período (1,60%, em 2003, e 1,73%, em 2000, 2001, 2005 e 2007).

As variações entre estados e municípios foram acentuadas: a participação estadual aumentou de 0,54% para 1,01% do PIB, enquanto, no mesmo período, os municípios elevaram sua participação de 0,62% para 1,07% do PIB.

Em 2000, o percentual do gasto total em saúde em relação ao PIB foi de 7,2%, dos quais 40% representaram o gasto público em saúde e 60% correspondeu ao gasto privado. Em 2005, o gasto total em saúde em relação ao PIB foi de 7,9%, sendo 44,1% de gasto público e 55,9% de gasto privado.

Ao compararmos o ano 2000 com 2005, verificamos que houve um aumento da participação do gasto público em saúde em relação ao gasto total com saúde, mas ainda muito inferior quando comparado aos percentuais de países com sistemas de saúde universal.

O desafio do financiamento da saúde no Brasil pode ser analisado em vários aspectos. O mais comum é o da insuficiência dos recursos financeiros para se construir um sistema público universal. É verdade que se gasta pouco em saúde no país, especialmente no que concerne ao gasto público, no entanto é importante criar uma consciência interna no SUS de que se deverá melhorar também a qualidade do gasto. Portanto, o desafio do financiamento na saúde tem de ser enfrentado em duas vertentes: da quantidade e da qualidade do gasto.

A qualidade dos gastos está diretamente relacionada à melhoria da capacidade e da eficiência da gestão. Quanto à quantidade dos gastos, apesar dos preceitos constitucionais, os recursos financeiros destinados para o SUS têm sido insuficientes para dar suporte a um sistema público universal. Pelos números apresentados neste capítulo, pode-se observar que o Brasil tem

um gasto sanitário e um gasto público em saúde baixo. Com esse volume e essa composição de gastos, fica muito difícil implementar as ações necessárias de um sistema público universal de qualidade.

As possibilidades de aumentar os recursos públicos em saúde passam pela "repolitização" da saúde pública no país. É preciso voltar a discutir o SUS fora de seus muros. Reapresentá-lo, de forma organizada, ao conjunto da sociedade brasileira, abertamente, com suas qualidades e com seus defeitos, com seus limites e com suas possibilidades. Isso implicará articular um movimento deliberado e proativo de mobilização social em defesa do SUS.

O Pacto pela Saúde, no seu componente do Pacto em Defesa do SUS, tem esse objetivo. Sem um convencimento da sociedade brasileira de que o SUS vale a pena e de que necessita de mais dinheiro, não haverá recursos suficientes para financiá-lo.

A luta política por mais recursos públicos para a saúde deve centrar-se, em curto prazo, na regulamentação da EC n° 29, em tramitação no Congresso Nacional e que pretende corrigir distorções na vinculação dos recursos da União e esclarecer o que são ações e serviços de saúde. A regulamentação da EC n° 29 só será aprovada se houver amplo movimento de mobilização social em defesa do SUS que envolva a sociedade brasileira e sensibilize o Congresso Nacional.

DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A Resolução nº 322, de 08/05/2003, do Conselho Nacional de Saúde, e MS/GM/PT nº 2.047 de 05/11/2002, determinam que são consideradas como despesas nas ações e serviços de saúde àquelas relacionadas a programas finalísticos e de apoio que atendam simultaneamente aos princípios do art. 7º da Lei nº 8.080/90 e às seguintes diretrizes: sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; e sejam de responsabilidade específica do setor de saúde não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde. Para efeito da aplicação da EC n° 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde:

I – vigilância epidemiológica e controle de doenças;
II – vigilância sanitária;
III- vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
IV - educação para a saúde;
V - saúde do trabalhador;
VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
VII - assistência farmacêutica;
VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
XII - 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;

XIII – 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;
XIV – atenção especial aos portadores de deficiência;
XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

Não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a: pagamento de aposentadorias e pensões; assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada); merenda escolar; saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII do art. 7°, 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; limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo); preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não-governamentais; e ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos no art. 7°, bem como aquelas não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS.

FUNDOS DE SAÚDE

Os Fundos de Saúde, instituídos no âmbito de cada estado, Distrito Federal e municípios, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64. Suas receitas são especificadas e vinculadas à realização de objetivos e serviços determinados, no caso, as ações e serviços públicos de saúde. A obrigatoriedade de aplicação dos recursos, por meio dos Fundos de Saúde, antecede à Emenda constitucional. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) em seu artigo 33 define que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. A Lei nº 8.142/90 define que os municípios, os estados e o Distrito Federal devem contar com o Fundo de Saúde para receberem tais recursos. A transferência de recursos destinados à cobertura de serviços e ações de saúde também foi condicionada à existência de Fundo de Saúde no Decreto nº 1.232/94.

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

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

Os Fundos Estaduais de Saúde (FES) devem ser criados por lei e geridos pelo secretário estadual de Saúde. Constitui o conjunto dos recursos repassados pelo MS de acordo com o que ficou acertado na PPI e homologado pela Comissão Intergestora Bipartite, para ficar sob responsabilidade estadual; recursos aplicados pelo próprio estado no setor saúde; recursos que provisoriamente o estado receberá do MS, para pagamento dos prestadores de serviços do SUS nos municípios que ainda não estiverem habilitados ou que ainda não assinaram o Termo

de Compromisso de Gestão; recursos provindos de outras fontes, sempre que destinados à aplicação na saúde; e ainda recursos suficientes para atender a EC nº 29/2000.

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

MODALIDADES DE REPASSES

O Financiamento do SUS, desde a implantação, tem sido marcado por indefinições e variações das fontes dos recursos (retirada dos recursos da Previdência Social em 05/93, criação e uso de parte dos recursos da CPMF, luta pela PEC 169 até a aprovação da EC 29 em 2000), pela criação e modificação de várias modalidades de repasses (por produção, convênios, incentivos), por desarticulações entre investimento e custeio, dentre outros problemas.

As modalidades de repasse em vigor podem ser classificadas em:

1. Repasse fundo a fundo:
   - 1.1. PAB (Piso de Atenção Básica) Fixo baseado em um valor per capita.
   - 1.2. PAB Variável: Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Incentivo para implantação de equipes de PSF, especificidades regionais e apoio à saúde indígena;
   - 1.3. Os tetos financeiros MAC (Média e Alta Complexidade), cotas de repasse integral aos Estados e Municípios em Gestão Plena do Sistema.
   - 1.4. Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC).
   - 1.5. Outros - Transferências para Hospitais Universitários (não inclui gastos com pessoal); Transferência de recursos para serviços próprios ou vinculados ao MS – inclui folha de pessoal (Hospitais do RJ (cinco), INCA, INTO, Rede SARAH e GHC); (FIDEPS, Bolsa alimentação, Auxílio aluno PROFAE).
2. Transferência de recursos via convênios.

Estabelecimento de convênios para reforma de unidades de saúde, compra de equipamentos, capacitação, pesquisas, desenvolvimento de ações programáticas etc.

Dentro do montante de recursos destinados ao custeio da atenção à Saúde, pode-se identificar uma parte destinada ao pagamento de procedimentos produzidos e outra parte destinada a incentivos, tomados como estímulos a determinadas ações, programas e políticas de saúde. A categorização dos recursos desembolsados pelo Ministério da Saúde pode subsidiar as discussões sobre o processo de descentralização e as formas que pode assumir. Pode-se entender que o ideal são os repasses fundo a fundo que indicam maior autonomia dos gestores descentralizados. Porém, nem todas as modalidades de repasse fundo a fundo significam liberdade de alocação daqueles recursos. Por exemplo, o FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação) custeia alguns procedimentos específicos de média e alta complexidade, cuja programação (quantidade a ser realizada, escolha de alternativas, distribuição entre prestadores, etc.)

não está sob definição dos gestores estaduais ou municipais plenos, pois o FAEC é de gestão federal, ao contrário do que pode acontecer com aqueles procedimentos que são custeados pelos seus tetos MAC.

PACTO DE GESTÃO E FINANCIAMENTO

O Pacto de Gestão traz novas diretrizes para o financiamento do SUS. Os princípios gerais do financiamento para o SUS no novo pacto de gestão são: a responsabilidade das três esferas de gestão, a redução das iniqüidades macrorregionais, estaduais e regionais, repasse fundo a fundo e financiamento federal de custeio. Os recursos federais para o custeio do SUS estão organizados e são transferidos em seis blocos de financiamento quais sejam:

1. Atenção Básica,
2. Atenção de Média e Alta Complexidade,
3. Vigilância em Saúde,
4. Assistência Farmacêutica,
5. Gestão do SUS,
6. Investimentos na Rede de Serviços.

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

O CONTROLE SOCIAL

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

(Boaventura Santos).

O grau da participação organizada da sociedade civil nas questões que dizem respeito diretamente ao seu bem-estar e qualidade de vida, como direito humano, mede além da própria concretização desse anseio, o nível da consciência social dos direitos, e do processo civilizatório, que abrange os valores que se desenvolvem simultaneamente na Sociedade e Estado.

Muitos países desenvolveram graus avançados de práticas da democracia participativa, incorporadas na cultura política e na relação Sociedade-Estado, ao lado das práticas da democracia representativa. Os exemplos concentram-se na Europa e mais na Escandinávia e estendem-se ao Canadá e vários no oriente asiático. Há evidentes diferenças socioculturais e históricas entre eles, mas em todos os gestores públicos, em diferentes graus, prestam contas não somente do cumprimento da contabilidade financeira, obrigada em lei, dos gastos públicos com os itens e metas constantes nos planos de saúde dos governos, como também prestam contas de outra contabilidade, a do cumprimento de resultados para a saúde da população, no mesmo nível de responsabilidade pública.

O controle do Estado pela sociedade, além de concepção, é uma imagem-objetivo que se confunde com a plena democratização do Estado; em outras palavras: com a apropriação do Estado pelo conjunto da sociedade, que passa a participar decisivamente da formulação de políticas públicas e da sua implementação. Essa apropriação é um processo complexo, ligado ao grau de consciência política, organização e mobilização da sociedade.

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

HISTÓRIA DE CONQUISTAS

No Brasil, um movimento da saúde organizou-se e consolidou-se, principalmente durante os anos de 1970 e 1980, como luta social em defesa da saúde. Saúde como direito de cidadania e como parte integrante e ativa das lutas contra a ditadura militar. O slogan **'saúde é democracia'** designava o direito à saúde e era a expressão de um conjunto de condições saudáveis – condições de vida e de trabalho – das quais não se poderia abrir mão. A saúde adquiria um conceito 'ampliado', ampliação resultante da compreensão de seus fatores condicionantes (ou determinantes) e em defesa da superação das dicotomias entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica), como vigente até então. O contexto singular em que emerge esse 'movimento' no setor da saúde construiu também um sentido bastante singular à saúde pretendida: uma saúde colada no modo de andar a vida das pessoas e, portanto, muito além dos recortes preventivista ou curativista, saúde pública ou assistência médica, promoção versus reabilitação. Tal movimento disputava pela 'atenção' no lugar da 'assistência', pela integralidade no lugar da polaridade prevenção–cura e pela processualidade saúde–doença em lugar da promoção versus reabilitação. Emergia o Movimento Sanitário, base de formulação e projeção das reformas setoriais que se sucederam e com ele se confundem como as reformas do setor da saúde. O Movimento Sanitário Brasileiro possui o protagonismo da Reforma Sanitária Brasileira que levou ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A defesa da saúde, com um caráter de enfrentamento da ditadura militar e de luta por direitos, deu posse a um conceito ampliado de saúde, como reconhecimento radical da qualidade de vida e de trabalho na expressão individual e coletiva da saúde. As lutas por mudança no setor tinham uma concepção de desfragmentação (não um setor curativo e um setor preventivo, mas um setor 'único'), de integralidade na atenção (não um modelo de assistência e um modelo de promoção, mas um modelo 'único'), de participação da sociedade na tomada de decisões sobre os rumos do setor (não um fórum de governo e um fórum de participação, mas governo e sociedade em fórum 'único') e entendida como direito de todos e dever do Estado (não um setor público e um setor privado, mas subsetores Estatal e Suplementar em um setor 'único'). Na presença de todos esses fatores, uma singular imbricação aos termos 'saúde' e 'cidadania': novidade conceitual, política e atitudinal na gestão setorial, nas práticas profissionais e nas formas de participação social.

A expressão "Participação Social" surgiu e foi amplamente assumida no âmbito do SUS a partir da aprovação da Lei n° 8.142/1990, que dispõe sobre os conselhos e conferências de saúde. O ocorrido nos anos 1980 contribui para nossa reflexão: naquela década, sem ainda a conquista da criação dos conselhos de saúde, o contexto da grande tomada de consciência e mobilização social, crescentes nos vários segmentos da sociedade, levou, ao final da ditadura militar, à instalação da Assembléia Nacional Constituinte, à formulação e aprovação da Seguridade Social e do SUS, e das Leis n° 8.080/90 e 8.142/90. As grandes bandeiras mobilizadoras foram a democratização do Estado, os direitos humanos e de cidadania, assim como as políticas públicas imprescindíveis para a sua realização.

No contexto das mobilizações e organização da sociedade, de superação do regime autoritário militar, e do desenho da democratização do Estado durante a realização da Assembléia Nacional Constituinte e aprovação da Constituição de 1988, passando pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, a participação da sociedade estava claramente inserida no marco da construção da democracia participativa, numa perspectiva de complementaridade e sinergismo com o marco da democracia representativa.

A expressão "participação da comunidade", que consta da Constituição Federal (art. 198) e da Lei n° 8.080/1990 (art. 7º), é parte desse contexto, no âmbito dos princípios e diretrizes do SUS. A participação da comunidade aponta claramente para a formulação de estratégias de democratização do setor público de saúde, com repercussão direta no setor privado conveniado/contratado, e indireta no setor privado no mercado. No bojo das estratégias de democratização do setor público de saúde, e do próprio Estado, localizam-se, inevitavelmente, todas as iniciativas, criatividades e formas de participação e gestão participativa.

A capacidade da sociedade de criar, construir e implementar as várias formas de participação guarda relação direta com o grau de consciência política, de organização e de mobilização da própria sociedade. A partir de 1990 a continuidade do processo de democratização do Estado passou por várias formas de restrições, obstáculos e constrangimentos, tanto no âmbito da organização e mobilização da sociedade como no de formulação e iniciativas criativas e da implementação compartilhada com os aparelhos do Estado.

Uma questão central para a efetiva participação da sociedade no Sistema Único de Saúde passa pelo fortalecimento, o aprimoramento e a qualificação dos mecanismos de participação social para o pleno exercício de sua competência prevista na legislação.

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL

A Constituição Federal de 1988, apoiada nos movimentos sociais sanitários existentes, traz como uma das diretrizes do SUS, em seu artigo 198, a participação da comunidade na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas de saúde. A Lei nº 8.080/90 reafirma a participação da comunidade no SUS, e a Lei nº 8.142/90 estabelece, em seu artigo 1º, que cada esfera do governo deve contar com a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde como instâncias colegiadas de participação social.

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

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

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

constante com as unidades do Sistema Único de Saúde e articulando os entendimentos necessários ao aprimoramento do mesmo.

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

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

É importante relembrar que tal conquista democrática está à altura de um grande objetivo, que é o de assegurar a construção de um modelo de atenção baseado nos direitos de cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal e eqüitativo da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo, efetivado por um modelo de gestão descentralizado e participativo, que otimiza os resultados com qualidade, a custos viáveis para os orçamentos públicos. A genuína gestão pública é democrática, deixando claro que todo gestor deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle da sociedade. Embora a Lei nº 8.142/90, tenha regulamentado a participação da comunidade deve-se observar se tal ocorre de maneira outorgada e formalística ou de maneira genuína.

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

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

Os gestores do SUS à luz do Pacto de Gestão devem buscar:

1. Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;
2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;
3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências de Saúde;
4. Estimular o processo de discussão e controle social;
5. Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;
6. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;
7. Apoiar os processos de educação popular em Saúde, visando ao fortalecimento da participação social do SUS;
8. Implementar Ouvidoria visando ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS conforme diretrizes nacionais.

OUVIDORIA NO SUS

A Ouvidoria Geral do SUS é um canal democrático de estímulo à participação comunitária, de disseminação de informações em saúde, de mediação entre o cidadão e os gestores dos serviços de saúde, além de atuar como ferramenta de gestão, contribuindo para definição de ações que resultem em melhorias no Sistema Único de Saúde.

A ouvidoria geral do SUS foi criada em 2003, tendo como objetivo propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde no âmbito do SUS, buscando integrar e estimular as práticas que ampliem os canais de acesso dos usuários cidadãos do SUS aos processos de avaliação das ações e serviços públicos de saúde, conforme contribuição da 12.ª Conferência Nacional de Saúde, utilizando o instrumento de ouvidoria para fortalecer o SUS e a gestão participativa, desencadeando ampla pesquisa de satisfação e assim avaliar o grau de satisfação do usuário e profissionais do SUS quanto aos serviços e atendimento no SUS.

A Ouvidoria é um canal democrático de comunicação, destinado a receber a manifestação dos cidadãos, incluindo reclamação, denúncia, sugestão, elogio e solicitação de informações.

Por meio da mediação e busca do equilíbrio entre os envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS), a Ouvidoria não é uma "resolvidoria", seu papel é pautado no recebimento da demanda, classificação, encaminhamento, orientação, acompanhamento e retorno ao usuário, objetivando-se, de quem é de direito e dever de ofício, uma resolução adequada aos problemas apresentados de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

A Ouvidoria fortalece o SUS, incentiva a participação popular e a inclusão do cidadão no controle social, sendo uma ferramenta estratégica de promoção de cidadania em saúde e de produção de informações para subsidiar o gestor no planejamento e tomada de decisão.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Constituição (1988**).Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 23 jun 2005.

_____. **Decreto nº. 1.232, de 30 de agosto de 1994**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm>. Acesso em: 23 jun 2005.

_____. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Institui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos estados, dos municípios e do Distrito Federal. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm>. Acesso em: 23 jun 2005.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 jun 2005.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, regulamenta o art. 163 da CF 88. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.925 de 13 de novembro de 1998**. Aprova o Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS, onde contempla Responsabilidades dos municípios habilitados conforme a NOB – SUS 01/96 no que se refere à Atenção Básica e composição do PAB, repasse, aplicação e prestação de contas dos recursos financeiros entre outros aspectos. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.047/GM, em 5 de novembro de 2002.** Aprova as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Disponível em: < http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2047.htm>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.024/GM, em 23 de setembro de 2004**. Fixa por habitante ao ano o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica – PAB e o valor máximo, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos municípios e ao Distrito Federal. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2024.htm>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004**. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Disponível em:<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2023.htm>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 837, de 23 de abril de 2009**. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n° 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em:< ftp://ftp.saude.sp.gov.br/.../2009/.../U_PT-MS-GM-837_230409.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009**. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.198, de 17 de setembro de 2009**. Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a estados, Distrito Federal e municípios, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica de Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada. Disponível em:<www.fns.saude.gov.br/equipamento/_doc/portaria2198.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.226, de 18 de setembro de 2009**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde. O Plano tem por objetivo criar mecanismos que possibilitem o financiamento da construção de Unidades Básicas de Saúde como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Saúde da Família – ESF para a melhoria do desempenho de suas ações e estimular a implantação de novas equipes. Disponível em:< www.fns.saude.gov.br/fafweb/ubs/_doc/portaria.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.230, de 23 de setembro de 2009**. Dispõe sobre a aplicação da Portaria nº 2.048/GM, de 3 de setembro de 2009, que aprovou o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Disponível em:<portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2230.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **A implantação da EC nº 29**: apresentação dos dados do SIOPS, 2000 a 2003. Brasília, DF, 2005.

CARVALHO, G. O. **Financiamento público da saúde no bloco de constitucionalidade**. Disponível em: <www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/i16finanpublico.pdf>. Acesso em: 23 hun. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n.º 322, de 8 de maio de 2003.** Aprovar as diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, para definição de recursos mínimos a serem aplicados em saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em 3 mar. 2005.

_____. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003.** Aprovar as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm>. Acesso em 3 mar. 2005.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A prática do controle social:** conselhos de saúde e financiamento do SUS. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2002. Reimpressão. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm#a>. Acesso em: 4 maio 2005.

_____. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2007. p. 165-179. (Coleção progestores: para entender a gestão do SUS, 1).

_____. **SUS 20 anos**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.conass.org.br/?id_area=56>. Acesso em: 23 nov. 2010.

CONTRADIOUPOLUS, A. P. Uma utopia para sair do *status quo* inaceitável. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 49/50, dez. 1995/mar. 1996.

CÔRTES, S. M. V. As origens da ideia de participação na área da saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 30-37, 1996a.

_____. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 18-49, jun. 2002.

_____. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias do Estado, participantes e modalidades de participação. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 49/50, p.73-79, dez. 1995/1996b.

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

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

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** Ed Hucitec, São Paulo, 1996

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo 2000:** Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, 2000.

PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M.; VIVAS, D. C. **Tendências do sistema de saúde brasileiro** (Estudo Delphi) Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Brasília, 2001.

REIS, C. O. O.; RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S. F. **Financiamento das políticas sociais nos anos 1990**: o caso do Ministério da Saúde. Brasília, DF: IPEA, 2001.(Texto para discussão, n. 802). Disponível em:<getinternet.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0802.pdf >. Acesso em: 23 mar. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2008**. Geneva, 2008. Disponível em: <www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2010.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

MÓDULO 2
REGULAÇÃO NO SUS

- **Oficina 2.1 – Regulação em Saúde**
- **Oficina 2.2 – Regulação da Atenção à Saúde**
- **Oficina 2.3 – Regulação de Serviços de Saúde**
- **Oficina 2.4 – Regulação do Acesso à Atenção**

Oficina 2.1 - Regulação em Saúde

Objetivo:

- Promover a apropriação dos conceitos de Regulação como macro função do Estado e suas especificidades no setor saúde.

Conteúdos:

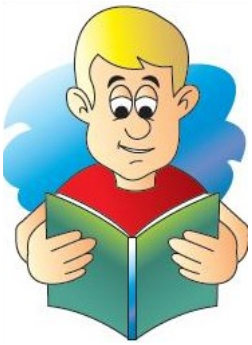
- Regulação Pública
- Regulação no Setor Saúde
- Evolução histórica da regulação em saúde no Brasil

Atividades:

1. Participe da apresentação de parte do filme "SICKO – SOS Saúde" autor Michael Moore e participe do debate em plenária.
2. Leia o texto base dessa Oficina nas págs. 86 a 94 e discuta com seu grupo as seguintes questões:
   - Quais as principais diferenças e semelhanças entre os sistemas de saúde apresentados e o SUS?
   - Porque é preciso regular o setor saúde?
   - No setor saúde, quais os principais mercados a serem regulados?
   - O que é regulação em saúde?

Sistematize as conclusões para apresentação em plenária.

3. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.
4. Participe da sistematização desta Oficina
5. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na página 95.



REGULAÇÃO PÚBLICA

Praticamente toda a ação do Estado envolve regulação e existem campos de intervenções estatais totalmente dedicados à função regulatória. Nesse sentido, os conceitos de regulação tangenciam os de intervenção estatal na economia e da atividade estatal mais ampla.

A economia trata de escolhas, sobre custo de oportunidade, como obter mais e melhores benefícios para a sociedade com os recursos disponíveis. Portanto, o objetivo é a eficiência, extrair o máximo que pudermos do trabalho, terra e capital, freqüentemente com alguma preocupação com equidade e justiça. O objetivo é a sociedade como um todo e não apenas o indivíduo ou um grupo específico de indivíduos (MOONEY, 1993). Economia pode ser conceituada como o estudo da escassez e da escolha. O que varia é o nível de escassez dos recursos e quão difíceis são as escolhas.

No mundo contemporâneo, a forma mais comum de provisão de bens e serviços é o mercado. O mercado atua no equilíbrio da oferta e da demanda, que permite a troca de bens e serviços entre o consumidor e o produtor sem a necessidade da intervenção do Estado. Quantidade e preço são os mecanismos utilizados pelo mercado para estabelecer a relação entre consumidores e produtores, a expressão conhecida como "mão invisível do mercado", criada pelo renomado economista Adam Smith. Por meio da mão invisível, consumidores maximizam sua satisfação adquirindo bens e serviços que desejam, livremente, e os produtores maximizam seus rendimentos vendendo seus produtos. Mercado é uma estrutura de alocação dos recursos econômicos de uma sociedade através de trocas livres entre compradores e vendedores e a participação do estado atuando como agente econômico diretamente sobre o mercado, não o descaracteriza como tal.

Para que o mercado atue perfeitamente, ou seja, alcançando o melhor resultado com o menor custo, são necessárias algumas condições (DONALDSON; GERARD, 1993):

- **Certeza:** a hipótese da certeza é que o consumidor sabe exatamente o que deseja, quando e onde pode encontrar.

- **Nenhuma externalidade**: externalidades são benefícios ou desvantagens do consumo ou produção de bens e serviços que afetam o indivíduo positiva ou negativamente, sem que este tome parte da decisão de produzir ou consumir determinado bem ou serviço. Um exemplo de externalidade positiva é a vacina. Mesmo o indivíduo que não recebe a vacina pode ser beneficiado pela diminuição da circulação do vírus. Um exemplo de externalidade negativa é o ruído excessivo e poluição causados pelos automóveis.

- **Perfeita informação**: o consumidor conhece e sabe o que deseja e ganha mais conhecimento pelo uso regular do serviço ou do produto.

- **Soberania do consumidor**: significa nenhuma interferência externa na decisão do consumidor de adquirir e consumir determinado bem ou serviço.

- **Não existência de monopólio**: ocorre quando existem muitos provedores. Restrições para o estabelecimento de serviços é uma forma de monopólio. Embora as restrições tenham conotação de proteção ao indivíduo, elas limitam a concorrência, e com a oferta limitada há a tendência do aumento de preço.

Na realidade, as evidências mostram que o mercado de poucos bens e serviços tem as características citadas, e assim, o Estado é visto como tendo a responsabilidade de garantir isto,

comparável com a função de afirmar justiça para todos igualmente (GREEN, 1992), assumindo as funções de otimizar os custos, benefícios e a equidade, ou seja, é preciso regular o mercado.

Regulação é a intervenção do Estado na economia e na atividade social com a finalidade de corrigir falhas de mercado e aumentar o bem estar social, sem que tal intervenção implique na produção direta de bens e serviços por instituições estatais (GELIS FILHO, 2006).

Em tese, se espera que o Estado atue em nome dos cidadãos, distribuindo bens e serviços de forma a garantir a oferta de acordo com as necessidades da população, e não de acordo com o interesse do indivíduo, a pressão de determinados grupos ou ainda conduzidos exclusivamente pela demanda. Quanto mais forte for a atuação do Estado, por meio da introdução de mecanismos de regulação, melhores devem ser os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso.

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

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

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

A regulação abrange tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.) quanto às ações e técnicas que asseguram seu cumprimento (fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações).

Assim regulação pode ser pensada como:

- **Direção guiada** – reger ou dirigir de acordo com uma regra;
- **Regularização** – reduzir a ordem a um método ou uniformidade;
- **Processo dinâmico de correção** – fixar ou ajustar ao tempo, quantidade, grau ou taxa;
- **Simbólica** – fazer regulações como trabalho sem um efeito real;
- **Coerção** – aplicação estática e determinante de regras;
- **Processo político** – qualquer restrição resultante é produto da interação dos processos de ajuste entre as partes do contencioso;
- **Resultante das ações do regulador e do regulado limitadas por seu meio de interação.**

Em suma, regulação não é meramente um resultado senão um processo que consiste na restrição intencional da eleição de atividades de um sujeito e provém de uma entidade que não é parte direta nem está envolvida nesta atividade.

O objetivo central da regulação de atividades econômicas é aumentar o nível de eficiência econômica dos mercados, em suas três dimensões:

- Produtiva, mediante a utilização dos fatores de produção com máximo rendimento e mínimo custo
- Distributiva, buscando a eliminação de rendas monopolísticas ou outros ganhos temporários por parte dos agentes individuais
- Alocativa, garantindo a maximização do bem-estar de produtores e consumidores

Regulação é uma tarefa do Estado, de maneira a garantir o interesse da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde. Essa função regulatória pode ter várias formas: definição de arcabouço legal, regulação da competitividade, parâmetros mínimos e de excelência e, em particular, as várias formas de incentivo financeiro. Regulação ocorre quando o governo controla ou deliberadamente influencia determinada atividade pela manipulação de variáveis como preço, quantidade e qualidade.

É a partir da compreensão do papel do Estado como "síndico dos interesses do cidadão" que os governos devem promover, em todos os setores, a aproximação com o cidadão, tanto do ponto de vista geográfico, na disponibilização de ações e serviços com qualidade, quanto do ponto de vista humanitário, de criar mecanismos de escuta do usuário.

REGULAÇÃO NO SETOR SAÚDE

"A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população" (MENDES, E.V, 2005).

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

No Brasil, temos um sistema de saúde misto, onde convivem dois subsistemas de saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS), público e de acesso universal, financiado por impostos e contribuições sociais pagos por toda a sociedade; e pelo sistema de saúde suplementar, privado, de acesso restrito a parte da população, financiado pelas mensalidades pagas pelos clientes individuais e principalmente por empresas que financiam planos de saúde coletivos para seus funcionários (VIANA, 2009). Nos sistemas nacionais de saúde (Inglaterra, Canadá, Suécia, Espanha, Portugal, Itália) o acesso é universal (para toda a população) e o sistema é integralmente financiado com recursos fiscais provenientes de impostos pagos por toda a sociedade, nos organizados com base no modelo de seguro social (Alemanha, França e maioria dos países da América Latina), o acesso aos serviços é restrito a grupos especiais, como os trabalhadores do mercado formal de trabalho, e o financiamento do sistema é composto pelas contribuições sociais pagas por empresas e trabalhadores e nos sistemas de saúde nos quais o principal a-

cesso aos serviços ocorrem por meio do próprio mercado (EUA, Suíça, Austrália) as principais fontes de financiamento são os prêmios pagos pelos usuários às empresas seguradoras de saúde, assim como o pagamento direto aos prestadores de serviço.

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

Contandriopoulos (1996) indica que os sistemas de saúde, independente de sua forma de organização, em todo o mundo passam por várias crises e de regulação é sempre uma delas. Relata a crise do financiamento, com incremento dos gastos em percentual progressivamente maior do que a capacidade de impostos da sociedade; a crise do Conhecimento se dá por conta da falência do modelo "do deixar adoecer para tratar" e tratar por um gama de especialistas com profundo saber sobre área específica e pouco abrangente e a Crise de Valores que diz respeito à crise moral que o mundo enfrenta, em que valores éticos, como a Universalidade e a Equidade no setor da saúde, vêm sendo questionados em praticamente todos os países.

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

- A lógica de mercado (produtores, fornecedores distribuidores e usuários como consumidores de um bem de mercado – a saúde), que pressionam e demandam por produtos e serviços de modo contínuo e progressivamente crescente.

- A lógica profissional, pela qual se dá, por motivos diversos (prestígio, lucro, interesse científico...), a pressão pela incorporação de novas tecnologias muitas das vezes de modo acrítico e sem a devida segurança assegurada técnico-cientificamente (o caso da retirada do mercado da Vez é sintomático dessa falta de garantia que a pressa da incorporação traz). A lógica profissional tanto pode ser conduzida pelos interesses do mercado (produtores e fornecedores) como conduzir a lógica de mercado (influência dos profissionais da saúde sobre os usuários – na verdade, consumidores de um serviço, o que transforma a saúde em um bem de mercado).

- A lógica tecnocrática, que tenta imprimir racionalidade ao setor da saúde, defendendo a utilização de critérios de eficácia, eficiência, efetividade e equidade à atenção à saúde e aos serviços prestados.

- E a lógica política, que, de forma tecnocrática (atuação do Judiciário, por exemplo) ou de forma partidária (atuação de representantes dos poderes constituídos em prol de seus apadrinhados) forçam a acomodação ou a mudança das políticas públicas legalmente vigentes e também forçam a execução dessas políticas fora dos critérios e parâmetros estabelecidos.

O cenário atual mostra regulação do Estado sobre o complexo médico-industrial sobre as corporações de profissionais, os seguros e os planos de saúde.

No mercado da saúde suplementar, os prestadores de serviço e as empresas que realizam intermediação financeira e os usuários são os principais agentes que atuam nesse mercado onde podem ocorrer várias falhas como a seleção adversa, a assimetria de informação e o risco moral, ou seja, a indução de comportamentos diferenciados em função da disponibilidade da oferta segurada.

No entanto, a prestação de serviços de saúde é diferente de outros bens e serviços, pelo que os especialistas na área apontam como "falhas do mercado". A necessidade por cuidados com a saúde pode não ser percebida pelo indivíduo ou difícil de prever, ou ainda o indivíduo pela própria condição que se encontra pode não perceber a necessidade de intervenção.

O consumidor tem perfeita condição de decidir pela aquisição de muitos bens e serviços, porém, quando se trata de saúde, o consumidor ou usuário tem pouca ou nenhuma condição de decidir a melhor intervenção, sua qualidade e sua eficácia. Ou ainda, decidir pela não intervenção. Invariavelmente, a decisão é transferida ao profissional de saúde que atua em benefício do paciente, ou seja, o provedor da assistência passa a exercer a função de demandador. Nesse caso, dependendo dos incentivos que impulsionem o profissional, este poderá solicitar serviços desnecessários ou até que gerem mais renda para si.

Portanto, a natureza da demanda por serviços de saúde tende a ser irregular e imprevisível, a oferta é capaz de induzir a demanda por mais serviços, existe assimetria de informações entre o médico e o paciente, em função do maior conhecimento técnico do médico. Além disso, a lógica da oferta de serviços de saúde prevalece sobre a necessidade dos cidadãos que muitas vezes não procuram os serviços pelas barreiras de acesso existentes e em outras não consegue usá-los. Neste caso, é de conhecimento dos serviços a demanda reprimida que precisa ser conhecida e regulada. A aproximação da demanda, para além da gestão da oferta, traz aos gestores a possibilidade de regular acesso e de se aproximar das respostas esperadas às necessidades de saúde.

Um dos argumentos contra a atuação do mercado no setor saúde é a sua incapacidade de produzir equidade. O mercado não requer nenhum padrão de distribuição de renda, pelo contrário, reforça o padrão existente. O mercado exacerba as iniqüidades, pela alocação de bens e serviços de acordo com a capacidade individual de pagar por eles. Ou seja, no caso da saúde, os mais vulneráveis são excluídos. A equidade tem sido uma preocupação constante e um objetivo a ser alcançado no sistema de saúde, muito embora considerada difícil sua definição e avaliação.

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

Contudo, o conceito, as práticas e as finalidades da regulação em saúde não encontram totalmente desenvolvidos e, freqüentemente, observam-se somente as práticas de controle, avaliação e auditoria, ainda sem uniformidade. O maior desafio, portanto, é compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e interesses e implementar estratégias de regulação centrada no usuário, isto é, que priorize o usuário, garantindo-lhe os direitos constitucionais tratados no capítulo da saúde.

Diversos fatores justificam a necessidade de regulação estatal no setor saúde:

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

Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

As ações de controle e de avaliação da assistência à saúde passaram a se estruturar com a constituição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978. O INAMPS atuava junto aos prestadores privados, contratados pelo sistema previdenciário, buscando controlar principalmente a produção e os gastos na assistência médica aos segurados. Em 1981 foi criada a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que pagava por procedimentos (conjunto de atos e insumos) com valores pré-definidos. A AIH alimentou o Sistema de Assistência Médico- Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) até 1991 que, a partir desse ano, foi substituído pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Para o controle dos gastos com a atenção ambulatorial, eram utilizadas guias de pagamentos globais dos serviços prestados, a "Autorização de Pagamentos", até 1998 e a "Guia de Autorização de Pagamento - GAP Prestador", a partir daí.

A Lei nº 8.080 determina como atribuição comum da União, Estados, Distrito Federal e municípios a "definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde" e, em outros artigos são especificadas as competências de cada esfera de gestão.

Embora a Lei nº 8.080 traga os temas e estabeleça competências quanto à regulação, controle, avaliação e auditoria, o faz de forma genérica, remetendo sempre ao "fiscalizar", "controlar", "avaliar", "acompanhar", "elaborar normas", "regular", não definindo o que significa cada uma destas ações e nem especificando os seus procedimentos e forma de operacionalização. Isto foi tarefa das normas e portarias subseqüentes e principalmente das práticas de gestão federal e gestões estaduais e municipais.

Em 1991, a Norma Operacional Básica (NOB 91) estabeleceu o repasse de recursos do orçamento do INAMPS aos estados e municípios para o custeio da atenção hospitalar e ambulatorial via convênios e pagamentos por produção, além de determinar critérios de acompanhamento, controle e avaliação das ações cobertas por este financiamento. Ratificou o papel de controle dos Conselhos de Saúde, conforme a Lei nº 8.142, e atribuiu ao INAMPS o controle e a fiscalização da execução orçamentária e financeira.

A NOB 92 discriminou competências nas quais os municípios responderiam pelo controle e avaliação sobre os serviços assistenciais; cabendo aos estados controlar serviços periodicamente e controlar o "controle municipal". Recomendava, genericamente, que a avaliação verificasse a

eficiência, a eficácia e a efetividade dos serviços, se as metas foram cumpridas e se os resultados foram alcançados.

A NOB 93, ainda manteve o formato da remuneração por produção de serviços apresentados, mas instituiu a transferência fundo a fundo para os municípios habilitados na Gestão Semiplena, regulamentada posteriormente, em 1994. Para a habilitação nas condições de Gestão Parcial e Semiplena, os estados e municípios tinham que comprovar, entre outros pré-requisitos, a constituição de serviços de controle, avaliação e auditoria, com médicos designados para a Autorização da Internação Hospitalar (AIH) e de procedimentos ambulatoriais de alto custo; capacidade técnica de operar o SIA, o SIH e a central de controle de leitos.

Em 1993 é extinto o INAMPS e criado o Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Em 1995, o SNA é regulamentado, compreendendo estrutura e funcionamento nas três esferas de gestão do SUS. As suas principais atribuições eram o controle da execução segundo padrões estabelecidos; a avaliação de estrutura, processos e resultados; e a auditoria da regularidade dos serviços mediante o exame analítico e pericial.

A NOB 96 exigiu que estados e municípios comprovassem capacidade de contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamentos dos serviços, conforme especificidade de cada condição de gestão em que se habilitassem, compreendendo o cadastro atualizado dos prestadores e usuários; a alimentação dos bancos de dados nacionais e a operação do SIA e SIH; a realização das ações de auditoria analítica e operacional; o controle prévio à realização dos serviços com autorizações segundo as necessidades dos usuários; a avaliação dos impactos e resultados dos serviços sobre as condições de saúde da população, assim como a disponibilidade de estrutura e dos recursos humanos para a realização destas ações e a integração delas com as de programação.

No período de 1993 a 2000 a prática da maioria dos estados e municípios se restringiu a um controle contábil financeiro baseado no SIA e SIH, limitando-se ao controle do gasto do "teto" financeiro transferido ou disponibilizado pelo Ministério da Saúde. A partir de 2000, o Ministério da Saúde, por meio de alguns decretos, ratificou a separação entre auditoria e as ações de controle e avaliação. Ao SNA competiria o controle dos recursos repassados aos estados, municípios e Distrito Federal e o exame analítico, a verificação "in loco" e pericial da regularidade dos procedimentos executados. Ao controle e avaliação caberia o monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvido no âmbito do SUS.

A NOAS 2002 reforça todas as exigências, as atividades comuns e específicas a cada condição de gestão dos estados e municípios da NOB 96, com relação às ações de controle, avaliação e auditoria e introduz a definição de regulação assistencial como a

> disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, que deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários (BRASIL, 2002c).

A NOAS/SUS 01-2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação do acesso dos usuários á serviços de saúde. Uma concepção restrita de regulação, portanto induzindo a iniciativa de controle do acesso, de adequação à oferta. Como também vinculou o processo e as ações de regulação às formas de gestão estabelecidas.

A Portaria SAS nº 423/2002 ratificou as diretrizes da política de "Controle, Regulação e Avaliação" já delineada na NOAS e buscou discriminar competências de cada esfera de gestão do SUS. A Portaria SAS nº 729/2002 elegeu alguns indicadores que teriam a função tanto de orientar a elaboração, quanto de avaliar a implementação dos Planos de Controle, Regulação e Avaliação de estados e municípios.

Através da Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde, trata da consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais. A Regulação está contida nas diretrizes do pacto de gestão.

Do levantamento histórico pode-se apreender que os conceitos, práticas e finalidades do "Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação" se deram sobre a:

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

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

A Política de Regulação vem se desenvolvendo em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, para viabilizar o acesso equânime e oportuno à atenção integral e de qualidade, à universalidade e à garantia de direitos sociais.

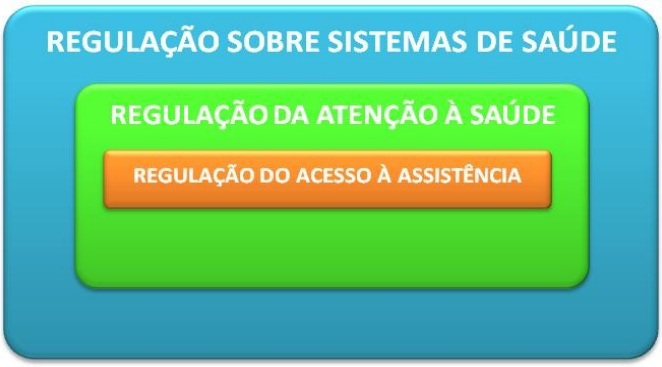
A partir do conceito ampliado de regulação (que não a confunde com gestão) o Ministério da Saúde, buscando superar deficiências conceituais, práticas e de finalidades, propõe uma reformulação dos conceitos, definindo a Regulação segundo sua ação em sistemas de saúde (Regulação de Sistemas de Saúde), na produção direta das ações e serviços de saúde (Regulação da Atenção à Saúde) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial), através da Portaria nº 1559 de 01/08/2008 institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

A regulação estatal em saúde é uma função de gestão, que contempla as seguintes dimensões:

- Uma atuação sobre os sistemas de saúde (regulação sobre os sistemas de saúde)
- Uma atuação sobre a produção direta de ações de saúde nos diversos níveis de complexidade (básica, média e alta) ambulatorial e hospitalar (regulação da atenção à saúde)
- Uma atuação sobre o acesso dos usuários à assistência nesses diferentes níveis de complexidade (regulação do acesso à assistência).

À gestão cabe a definição dos rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio da política de Saúde e da implementação do correspondente projeto técnico-assistencial. Como forma de discriminar campos de atuação da regulação, podemos representá-la pelo esquema apresentado na figura 1.

Figura 1 – Campos de atuação da regulação.



Fonte: Adaptado de (BRASIL, 2008)

A Regulação sobre Sistemas de Saúde, enquanto regulação ampliada contém ações de Regulação da Atenção à Saúde e estas, enquanto ações sobre a produção direta das ações e serviços e, portanto, sobre prestadores de serviços, contêm as ações de Regulação do Acesso à Assistência, que serão tratadas nas próximas oficinas.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm>. Acesso em: 24 maio 2005.

_____. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9782.htm>. Acesso em: 24 maio 2005.

_____. **Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 24 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 729 de 14 de Outubro de 2002**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-729.htm>. Acesso em: 26 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 423, de 9 de julho de 2002b**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2002/pt-423.htm>. Acesso em: 29 out. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 26 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 12 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** Brasília, DF, 2006. (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 6).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. ed. Rev. e atual. Brasília, DF, 2002c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas **Manual de orientações para contratação de serviços do SUS**. Brasília, DF, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Regulação**: Nota Técnica 11 de 2006., Brasília, 26 de maio de 2006. 11p. (CONASS Progestores). Disponível em: <http://www.conass.org.br/index.php?id_area=90&pagina=dspDetalhes&COSEQ=105>. Acesso em: 15 nov. 2006.

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

DONALDSON, C.; GERARD, K. **Economics of health care financing**: the visible hand. London: McMillan Press, 1993

GELIS FILHO, A. G. Análise comparativa do desenho normativo de instituições reguladoras do presente e do passado. **RAP**,

Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p.589-613, jul./ago. 2006.

GREEN, A**. Planning for health care**. In: HEALTH planning in developing countries. Oxford: Oxford University Press, 1992.

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

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MEHRY, Emerson Elias; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113-150.

MOONEY, G. **Economics, medicine and health care**. 2. ed. [London]: Harvester Wheatsheaf, 1992.

NORMAND, C.; BOWLING, A. Definition and measurement of outcome. In: SWASH, M.; WILDEN, J. **Outcomes in neurological and neurosurgical disorders.** Cambridge: Cambridge University Press**,** 1998.

REMOR, L. C. **Controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde**: atividades de regulação e fiscalização. Florianópolis: Papa-Livro, 2003. 101p.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde:o desenvolvimento do controle e avaliação. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reinventando o público. São Paulo: Xamã, 1998.

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

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

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 2.2. Regulação da Atenção à Saúde

Objetivo:

- Promover a apropriação dos conceitos e diretrizes na regulação de sistema de saúde e da atenção à saúde no SUS, ressaltando sua integração com as áreas de controle, avaliação e auditoria.

Conteúdos:

- Diretrizes da Política Nacional de Regulação
- Mecanismos e Instrumentos de Regulação
- A Gestão do Fluxo Regulado

Atividades:

1. Em grupo, leia e discuta a Portaria da Política Nacional de Regulação do SUS (PT 1559 de 01 de agosto de 2008), responda as seguintes questões e sistematize para apresentação em plenária:
    - De que maneira a regulação atende a integralidade e a equidade?
    - O que é regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso aos serviços de saúde? Quais as atribuições de cada uma?
    - Qual a relação da regulação com o controle, avaliação e auditoria?
2. Apresentem em plenária as conclusões da atividade anterior.
3. Em plenária, participe da sistematização coletiva do aprendizado desta Oficina.
4. Leia em momento de seu interesse, o texto de apoio desta oficina – pags. 102 a 110.
5. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na página 111.

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro
PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008

Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II, do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando a Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando a Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais do pacto pela saúde e a Portaria Nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as diretrizes operacionais dos pactos pela vida e de gestão;

Considerando a pactuação formulada na Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando a Portaria Nº 1.571/GM, de 29 de junho de 2007, que estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de complexos reguladores;

Considerando a Portaria Nº 3.277/GM, de 22 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS, visando ao aprimoramento e à integração dos processos de trabalho;

Considerando a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; e

Considerando a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, resolve:

Art. 1º - Instituir a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Art. 2º - As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: têm como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Art. 3º - A Regulação de Sistemas de Saúde efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão contempla as seguintes ações:

I - Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão;

II - Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde;

III - Controle Social e Ouvidoria em Saúde;

IV - Vigilância Sanitária e Epidemiológica;

V - Regulação da Saúde Suplementar;

VI - Auditoria Assistencial ou Clínica; e

VII - Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

Art. 4º - A Regulação da Atenção à Saúde efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempla as seguintes ações:

I - cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;

II - cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde - CNS;

III - contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas deste ministério;

IV - credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;

V - elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;

VI - supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;

VII - Programação Pactuada e Integrada - PPI;

VIII - avaliação analítica da produção;

IX - avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários - PNASS;

X - avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde;

XI - avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde; e

XII - utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

Art. 5º - A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na co-ordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes.

Art. 6º - Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo.

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar - AIH e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contra-referência baseado nos processos de programação assistencial.

§ 4º As autorizações para Tratamento Fora de Domicílio - TFD serão definidas pela área técnica da regulação do acesso.

Art. 7º - A área técnica da regulação do acesso será estabelecida mediante estruturas denominadas Complexos Reguladores, formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração.

Art. 8º - As atribuições da regulação do acesso serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação.

§ 1º São atribuições da regulação do acesso:

I - garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;

II - garantir os princípios da eqüidade e da integralidade;

III - fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;

IV - elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;

V - diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;

VI - construir e viabilizar as grades de referência e contrareferência;freqë

VII - capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;

VIII - subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;

IX - subsidiar o processamento das informações de produção; e

X - subsidiar a programação pactuada e integrada.

2º - São atribuições do Complexo Regulador:

I - fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;
II - absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
III - efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;
IV - estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e
V - executar a regulação médica do processo assistencial.

Art. 9º - O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:
I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado.

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência interregional, no âmbito do Estado;

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

§ 1º O Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

§ 3º A operacionalização do Complexo Regulador será realizada em conformidade com o disposto no Volume 6 da Série Pactos pela Saúde: Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores, acessível na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Art. 10. Cabe à União, aos Estados, aos Municípios e ao Distrito Federal exercer, em seu âmbito administrativo, as seguintes atividades:

I - executar a regulação, o controle, a avaliação e a auditoria da prestação de serviços de saúde;

II - definir, monitorar e avaliar a aplicação dos recursos financeiros;

III - elaborar estratégias para a contratualização de serviços de saúde;

IV - definir e implantar estratégias para cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

V - capacitar de forma permanente as equipes de regulação, controle e avaliação; e

VI - elaborar, pactuar e adotar protocolos clínicos e de regulação.

§ 1º Cabe à União:

I - cooperar técnica e financeiramente com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação;

II - elaborar e fomentar estratégias de cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde;

III - definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

IV - elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos;

V - apoiar tecnicamente os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na implantação, implementação e na operacionalização dos complexos reguladores;

VI - operacionalizar a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

VII - apoiar e monitorar a implementação e a operacionalização das Centrais Estaduais de regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - disponibilizar e apoiar a implantação, em todos os níveis de gestão do SUS, de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação; e

IX - elaborar normas técnicas gerais e específicas, em âmbito nacional.

§ 2º Cabe aos Estados:

I - cooperar tecnicamente com os Municípios e regiões para a qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação.

II - compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde;

III - realizar e manter atualizado o Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

IV - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos nacionais;

V - operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional;

VI - operacionalizar a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - estabelecer de forma pactuada e regulada as referências entre Estados;

VIII - coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

IX - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

X - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XI - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XII - elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal.

§ 3º Cabe aos Municípios:

I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;

II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização;

III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais;

IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando- se aos fluxos regionais estabelecidos;

V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;

VI - atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VII - operar o Centro Regulador de Alta Complexidade Municipal conforme pactuação e atuar de forma integrada à Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC;

VIII - realizar e manter atualizado o cadastro de usuários;

IX - realizar e manter atualizado o cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;

X - participar da elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual;

XI - avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

XII - processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios, contratados e conveniados;

XIII - contratualizar os prestadores de serviços de saúde; e

XIV - elaborar normas técnicas complementares às das esferas estadual e federal.

§ 4º Cabe ao Distrito Federal executar as atividades contidas nos §§ 2º e 3º deste artigo, preservando suas especificidades políticas e administrativas.

Art. 11. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, adotará as providências necessárias à plena aplicação da Política Nacional de Regulação do SUS, instituída por esta Portaria.

Art. 12. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

Para que a regulação estatal em saúde se inscreva numa reformulação da regulação sobre a produção de bens e serviços em saúde, de forma a torná-la mais eficiente, eficaz e efetiva, atendendo ao interesse público, será necessária, aos gestores do SUS, a adoção das seguintes diretrizes:

- Reconhecer a Atenção Básica como a base do sistema de saúde, sendo articulada e resolutiva.
- Superar o isolamento, a desarticulação, a sobreposição de competências que há entre as diversas instâncias como o Controle e Avaliação, a Auditoria, e a Vigilância Sanitária.
- Desenvolver ações de controle, auditoria e avaliação sobre o Sistema de Saúde, detalhadas em seu foco sobre a produção direta das ações e serviços de saúde.
- Integrar as ações de regulamentação, fiscalização e controle da vigilância sanitária sobre estabelecimentos e serviços de saúde, medicamentos, insumos e tecnologias da saúde com as ações de controle, auditoria e avaliação da atenção à saúde.
- Tomar a Ouvidoria e os Conselhos de Saúde como fonte para detecção de problemas no acesso, na qualidade dos serviços prestados, de desperdícios, irregularidades, negligências e omissões.
- Integrar as ações de vigilância sanitária, controle, auditoria e avaliação sobre sistemas e sobre a atenção à saúde, com as ações de regulação da saúde suplementar.
- Integrar as ações de regulação sobre sistemas e da regulação da atenção à saúde com as demais funções da gestão como planejamento, financiamento, orçamento, programação, descentralização / regionalização, implementação da(s) modalidade(s) de atenção, além de integrar ao desenvolvimento de importantes funções em saúde, como gestão do trabalho e educação, informação e informática, ciência e tecnologia e com as funções administrativas e financeiras.
- Implementar a regulação da atenção à saúde, com ações que incidam sobre os prestadores, públicos e privados, de modo a criar condições para uma produção mais eficiente das ações e serviços de saúde, buscando contribuir na melhoria do acesso, da integralidade, da qualidade, da resolubilidade e na humanização destas ações; em consonância com as diretrizes das áreas assistenciais da Atenção Básica, Atenção Programática e Estratégica e da Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar.

MECANISMOS E INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO

Para o pleno exercício das funções de regulação alguns mecanismos e instrumentos devem ser implementados. Tais como:

1) Articulação e Integração das Ações de Contratação, Controle, Regulação e Avaliação da Atenção

A contratação, para além do cumprimento legal da formalidade dos contratos, deve representar o pacto de compromissos entre gestores e desses com os prestadores, com a devida assunção de responsabilidades entre as partes. Assim, os contratos devem funcionar como pactos entre gestores e prestadores.

No contrato com prestadores, deve ficar claro que a oferta de serviços se dará conforme as diretrizes e ações do controle assistencial, regulação do acesso e avaliação.

2) Reformular as Atividades de Controle e Avaliação de Ações e Serviços de Saúde

O cadastro de estabelecimentos e de profissionais, acompanhado de um processo de atualização e qualificação das informações, deve permitir a verificação da oferta potencial dos prestadores, subsidiar a contratação destes e a programação da atenção.

O desenvolvimento de ações como a padronização da solicitação deve permitir a incorporação de uma gama de protocolos, subsidiando a autorização para a atenção em níveis mais complexos.

O desenvolvimento de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial deve controlar a execução do atendimento, monitorando sua adequação assistencial, de qualidade e satisfação do usuário e seus aspectos contábeis financeiros.

A implementação de um processo de avaliação das ações e serviços de saúde, de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permite o melhor planejamento, o descortinar de problemas para as ações de controle e auditoria assistencial, os ajustes na execução e a busca de uma melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.

3) Implementar a Regulação do Acesso por meio dos Complexos Reguladores

Pode-se afirmar que, na história do SUS, a produção de ações de saúde nem sempre tem respondido às necessidades reais dos usuários. Essa produção de serviços tem sido modelada pelas características da demanda e oferta, que também não traduzem fielmente as necessidades reais em saúde.

Com o desenvolvimento do SUS, houve um aumento de cobertura (oferta) da atenção básica e uma inadequação de oferta na atenção de média e alta complexidade. Inadequação é o que melhor caracteriza o atual quadro, pois ocorre tanto uma demanda artificial pelos serviços de maior complexidade (encaminhamentos inadequados entre os níveis da rede) quanto o estrangulamento de oferta em algumas áreas (baixo investimento ou não disponibilização da capacidade instalada). Por outro lado, a oferta de serviços pelos prestadores (privados e públicos), segundo seus interesses, não só demarca a produção existente (em excesso para alguns procedimentos e insuficiência de outros), como pode responder e estimular a demanda artificial. O financiamento, segundo a lógica exclusiva de pagamento por procedimentos, também induz a produção de procedimentos que são mais bem remunerados.

A demanda e a oferta têm sido condicionadas, de maneira significativa, pelo modo restrito de entender o objeto da saúde, pela perda da dimensão humana e de integralidade do cuidado, pelo exercício da clínica de pouca abrangência, que por sua vez se conformam no aparelho formador dos profissionais de saúde.

A Política de Regulação da Atenção à Saúde, para criar as condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, deve enfrentar a questão da demanda real / demanda artificial, considerando a oferta potencial e a existente. Em síntese, devem regular de maneira mais efetiva a oferta e a demanda por serviços de Saúde.

Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição de Complexos Reguladores, que consiste numa organização do conjunto de ações da Regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada. Os Complexos Reguladores permitem, aos gestores, articular e integrar dispositivos como Centrais de Internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como con-

tratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização.

A implantação de centrais de internação, consultas, exames e terapias, para gerenciar os leitos disponíveis e a agenda de consultas especializadas e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias – SADTs demanda um pacto com prestadores, formalizada nos contratos, e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários.

Os complexos reguladores devem ser implementados de acordo com a regionalização e seus desenhos das redes de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão serem pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS.

Todos os municípios devem organizar a regulação do acesso dentro das diretrizes da regulação da atenção à saúde, mas nem todos contarão com complexos reguladores. Assim, no mínimo, todos os municípios devem organizar uma atenção básica resolutiva que faça solicitações padronizadas pelos protocolos, encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência, segundo os fluxos de referência desenhados, ainda que os estabelecimentos não estejam localizados em seu território. Nessa situação, o município desempenhará o papel de autorizador e de uma unidade solicitante dentro de um complexo regulador, localizado em seu município de referência.

4) Articulação e Integração das Ações da Regulação com a Política da Atenção à Saúde

A Política de Regulação, articulada e integrada à Política da Atenção à Saúde, deve cumprir sua parte para viabilizar as linhas de cuidado; em outras palavras, uma política de regulação pautada pelo cuidado integral deve implementar as ações-meio que facilitem o acontecer das ações da atenção, estabelecendo em contratos de compromisso com os prestadores que as solicitações devem ser padronizadas; que as autorizações, realizadas de maneira desembaraçada e ágil, garantam a referência, que todos usuários referenciados - para a consulta, terapia ou exame - de um nível de atenção ao outro, tenham assegurado o local, o profissional e o horário de atendimento, assim como o leito, na medida da complexidade/emergência do problema de saúde e da complexidade tecnológica da resposta exigida; que todos procedimentos executados sejam monitorados quanto à adequação, necessidade de procedimentos complementares, realização, qualidade e o justo custeio. Enfim, essa regulação deve articular uma série de ações-meio que contribua para que o usuário possa percorrer um fluxo contínuo e respaldado por responsabilidades, nos diversos níveis de atenção, segundo suas necessidades de prevenção, recuperação ou ganhos de autonomia no seu modo de viver.

Com relação à atenção integral, a adoção do modelo de "linhas de cuidado", permite o trânsito desimpedido e oportuno dos usuários pelas possibilidades de ações de prevenção, diagnóstica e terapêutica, em resposta as suas necessidades. As linhas de cuidado devem garantir às pessoas um fluxo ágil e desembaraçado em cada nível de assistência, garantindo a referência e a contra-referência até a recuperação ou o devido ganho de autonomia no modo de viver dos indivíduos.

Pensando em garantir este acesso, em reduzir as iniqüidades é que foi implantada a em novembro de 2008 a PPI, uma das diretrizes do Pacto de gestão do SUS cuja efetivação só ocorrerá se os gestores estaduais e municipais de fato entenderem a regulação como a função macro da gestão e se apropriarem dos seus mecanismos fazendo integração com as áreas do controle, avaliação e auditoria.

A GESTÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL REGULADO

Introduzir ações reguladoras em um sistema de saúde requer um diagnóstico apurado da situação de uma série de processos e fluxos que estão necessariamente ligados à assistência e às ações de controle e avaliação.

Inicialmente, deve-se conhecer a estrutura do processo assistencial na atenção básica, buscando apurar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da população, fator decisivo na definição de prioridades para as ações reguladoras. Levantar e mapear a população que este sistema de saúde pretende atingir, seus fluxos, a abrangência da Estratégia de Saúde da Família e a situação cadastral dessa população, também tem um papel importante nas ações de planejamento da regulação.

As bases cadastrais qualificadas e fidedignas (CNS e CNES), junto ao levantamento dos fluxos e ao diagnóstico epidemiológico, consistem num importante instrumento de regulação, pois, não só subsidiam adequadamente o processo de planeja-mento das ações, e o controle mais eficaz do processo assistencial, como também viabilizam os fluxos referenciados para a média e alta complexidade, permitindo a alocação adequada dos recursos assistenciais, com foco nas prioridades e na garantia da integralidade e das linhas de cuidado. Os cadastros, fluxos e o perfil epidemiológico, associados às ações de regulação do acesso, são ferramentas necessárias também para a garantia dos pactos de programação assistencial entre municípios, ou Programação Pactuada e Integrada – PPI.

O mapeamento dos fluxos e da abrangência das ações de atenção primária é necessário também para a construção de protocolos de acesso a atenção ambulatorial especializada e alto custo ambulatorial e hospitalar, além de incidir sobre uma importante porta de acesso, por onde é desencadeada uma parte significativa das ações e serviços de saúde.

Fortalecer, adequar e trabalhar a luz de protocolos que induzam à resolutividade neste nível de assistência são passos importantes para reduzir o impacto negativo da insuficiência apresentada hoje no país no acesso e financiamento das ações de média complexidade ambulatorial.

Outra ação consiste em viabilizar o retorno do paciente para a contra-referência na atenção básica, que fará o seu acompanhamento, minimizando os fluxos dessa natureza nos ambulatórios de especialidades e nos prontos-socorros.

Potencializar a capacidade resolutiva da atenção básica reduz a demanda para os níveis mais complexos e especializados, viabiliza a adequada hierarquização da rede, e por conseqüência a adoção de fluxos referenciados e mais equânimes, aproximando o processo assistencial da população e da comunidade. Contudo, ainda é necessário se investir em estrutura, em recursos humanos e em protocolos que definam níveis resolutivos e de atenção para as ações básicas.

O conjunto de ações que vão diagnosticar e mapear a situação de saúde da população e as bases cadastrais tem de relevar dois aspectos que iniciam o processo de mapeamento da rede e permitem um estudo associado de necessidade e capacidade instalada.

A Regionalização, instituída em todos os Estados pelo Plano Diretor de Regionalização – PDR, integrada a Programação Pactuada e Integrada – PPI, desencadeia o planejamento das ações em nível regional e sua agregação aos fluxos regulados do município. Todo o planejamento, a partir deste ponto, deve considerar a capacidade instalada de serviços de saúde. Essa relação vai dimensionar a capacidade em se ofertar serviços para uma região e trabalhar as referên-

cias intermunicipais e interestaduais, bem como apontar desajustes entre o perfil da rede e os parâmetros assistenciais de necessidade.

O mapeamento da rede de serviços de saúde consiste em conhecer a sua real capacidade produtiva. Essa ação deve ser iniciada pelo levantamento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e da situação contratual desses estabelecimentos. Inicialmente pode ser necessário fragmentar esse levantamento pelos níveis de atenção.

Na atenção básica o foco está na capacidade de acolher toda a população e atender as suas necessidades assistenciais mínimas, provendo acompanhamento, prevenção e promoção, além de ter um papel importante na resolução de situações de saúde específicas.

Auditoria assistencial ou clínica

De acordo com Eugênio Vilaça Mendes (2006),

> Auditoria é uma palavra que tem adquirido diferentes significados. Algumas vezes é usada, mais estritamente, como a avaliação da qualidade da atenção; outras vezes, num sentido mais amplo, como a avaliação da qualidade da atenção e as mudanças da prática de saúde para melhorar a atenção. De qualquer forma, a auditoria clínica deve ser entendida no contexto da garantia de qualidade da atenção à saúde.

O Pacto pela Saúde estabelece que a auditoria assistencial ou clínica deva ser uma ação regulação da Atenção à Saúde que, "tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados" e conceitua a auditoria assistencial como

> processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalhos normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades (BRASIL, 2006).

O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido define auditoria como "uma sistemática análise crítica da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes" (REINO UNIDO, 1989). Outra definição, feita na Escócia, mais abrangente, diz que a auditoria é "o processo sistemático pelo qual os profissionais de saúde continuamente monitoram e avaliam suas práticas clínicas, a organização dos serviços, as funções gerenciais e as atividades educacionais" (NORMAN; REDFERN, 2000)."

A auditoria assistencial ou clínica é uma disciplina mais ou menos recente, tendo sido introduzida, de forma mais sistemática, como parte de programas de qualidade, nos países desenvolvidos, a partir dos anos 80. Esta ação tem dois focos essenciais: é centrada nos pacientes e desenvolve-se num ambiente cultural de melhoria da eficácia clínica com objetivo de otimizar os resultados clínicos para os usuários dos serviços de saúde.

Assim, a visão contemporânea de auditoria assistencial ou clínica distancia-se, radicalmente, de um enfoque anterior de uma cultura fiscalista ou policialesca, voltada para o controle dos recursos, enfocada nos aspectos contábeis e financeiros dos serviços de saúde e numa atitude de punição (MENDES, 2006)

A auditoria assistencial ou clínica impõe-se em função da singularidade organizacional dos sistemas de serviços de saúde. As organizações profissionais, como se viu anteriormente movem-se numa permanente tensão entre gerentes e profissionais. Um dos instrumentos para administrar esse conflito é a auditoria clínica.

Além disso, o princípio da variabilidade das práticas de saúde exige que se institua o controle da utilização dos serviços de saúde, uma das funções centrais da auditoria clínica.

A auditoria busca com suas ações a qualidade da atenção à saúde da população. Segundo Mendes (2006), a maneira convencional de representar a auditoria clínica é como um ciclo. A base operacional desse ciclo é a comparação da prática clínica corrente com um padrão normativo ótimo. Se o serviço prestado não coincidir com o padrão normativo devem introduzir-se mudanças para melhorar a qualidade.

O ciclo da auditoria clínica é um processo que apresenta seis momentos (NORMAN; REDFERN, 2000), conforme apresentado na Figura 1 a seguir: a identificação do problema a ser auditado; o estabelecimento de padrões ou metas ótimos; a avaliação do grau de consistência entre o padrão e o problema escolhido, estabelecendo a brecha a ser superada pela auditoria; a identificação das mudanças necessárias para que o problema seja superado; a implementação das mudanças identificadas; e a monitoria do processo de mudança. A experiência tem demonstrado que a fase mais crítica do ciclo da auditoria clínica é a implementação das mudanças, o que é muitas vezes desconsiderado nos sistemas tradicionais de auditoria em saúde (MENDES, 2006).

Figura 1 - O ciclo da Auditoria Clínica

Fonte: (MENDES, 2006).

Atenção Ambulatorial Especializada

A Atenção Ambulatorial Especializada tem uma característica mais específica, pois atua em nível especializado, sendo importante conhecer o corpo médico, sua carga horária e suas escalas de trabalho, bem como mapear os equipamentos para exames diagnósticos e sua capacidade produtiva. Este nível de atenção requer uma estrutura mais robusta para efetivar a regulação, pois não se restringe às referências geográficas, como a atenção primária, já que as diversas unidades de saúde têm capacidade resolutiva e perfis distintos.

É nesse nível também que se iniciam os processos de referência entre municípios, fazendo com que todos os estudos de necessidade e fluxos da assistência lidem com a variabilidade do processo assistencial regional, que gera demandas sobre as quais a regulação nem sempre consegue atuar, por serem originadas fora da área de atuação da gestão do complexo regulador.

A Atenção Ambulatorial Especializada também tem a característica de lidar com um grande volume de pacientes, e, em vários casos, é gerado nesse nível de assistência, grande volume de demanda reprimida, necessitando de estudos e ações que impactem diretamente nessa situação. É comum a ação reguladora começar atuando sobre a demanda reprimida, sua organização em filas e seus fluxos de agendamento e priorização.

O maior desafio da regulação da atenção ambulatorial especializada está na gestão das agendas médicas e dos equipamentos, na estrutura de comunicação com os pacientes, no controle do absenteísmo, na organização do acesso calcada no uso de protocolos e na triagem de necessidade e priorização, na gestão dos fluxos referenciados e na construção de grades de referência e contra-referência.

A gestão das agendas permite ao gestor público qualificar a informação da produção em saúde e otimizar significativamente as ações de controle, garantindo a equidade no acesso norteado pelo critério da necessidade e não da influência pessoal ou da capacidade de deslocamento do próprio paciente, bem como minimizando de forma definitiva as fraudes na produção, que mascaram as informações e lesam os cofres públicos, não provendo à população a atenção em saúde necessária.

Na prática, são comuns pacientes obrigados a se deslocar periodicamente a um serviço de saúde para tentar agendar uma consulta, exame ou cirurgia ambulatorial. Essa prática gera grande demanda na porta das unidades de saúde, causando tumulto, insatisfação e a sensação de absoluta inviabilidade.

Se a estrutura de regulação assume o controle das agendas, as pessoas não buscarão os serviços especializados para agendar seu atendimento, essa ação se dará a partir da atenção primária e só será efetivada quando o paciente já estiver em tratamento na unidade. Para isso, é necessário ter estrutura para informar ao paciente sobre os agendamentos e confirmar seu comparecimento no local, com data e hora marcada.

A Atenção Ambulatorial Especializada tem uma lógica de trabalho voltada para o dimensionamento e controle de cotas, que devem ser distribuídas entre as unidades básicas de saúde e as demais unidades ambulatoriais e hospitalares. Essa distribuição deve atender às demandas eletivas, evitando a centralização da origem da demanda em um conjunto restrito de unidades, bem como deve ter na ação reguladora médica a garantia de acesso imediato às urgências. Contudo, esta ação deve estar calcada em protocolos para evitar distorções que privilegiem uns em detrimentos a outros, que podem estar aguardando em filas de espera.

A regulação da alta complexidade ambulatorial tem características semelhantes à regulação dos exames de média complexidade, contudo tem uma realidade diferenciada, que torna seu processo de trabalho mais simples para o complexo regulador. Inicialmente atua sobre uma quantidade menor de oferta e de demanda, e, consequentemente, de prestadores de serviço. O paciente, em geral, está mais atento aos fluxos, o que facilita a comunicação, e já tem um instrumento de controle e autorização consolidado, a Autorização de Procedimento Ambulatorial – APAC, assim como a internação hospitalar tem a Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

A prática da regulação da alta complexidade também consiste na gestão das agendas e dos fluxos, trabalhando com acesso referenciado. Contudo, deve incorporar com maior frequência a interação com a regulação das urgências (pré-hospitalar, hospitalar e ambulatorial) e refinar o processo de controle por meio da APAC, BPAI e da AIH. Outra característica da regulação do alto custo é, geralmente, não restringir as solicitações por cotas, uma vez que deve haver a intervenção prévia do médico regulador e autorizador em todas as solicitações. A exceção da

intervenção reguladora pode ser definida para as urgências, contudo, na alta complexidade, deve haver o rigor necessário no protocolo que caracteriza o atendimento às urgências não reguladas.

Ainda assim, o controle da produção é mais simples de ser efetivado, uma vez que o universo é bem inferior em volume de atendimentos, quando comparado à média complexidade. A identificação do paciente no atendimento também facilita as ações de controle e regulação, e deve ser base para que a produção seja o espelho do que foi regulado e autorizado no complexo regulador. Nesse contexto estão incluídas as terapias de alta complexidade, que tem caráter de continuidade e são essenciais para algumas doenças com alto índice de mortalidade.

Na alta complexidade ambulatorial existe maior oferta de protocolos já validados e a relação entre demanda e oferta se dá, geralmente, com a média complexidade, não tendo como demandante necessariamente as unidades básicas de saúde. Essa configuração torna a regulação da alta complexidade ambulatorial mais simples de ser implantada e sua viabilidade é bem mais fácil de ser atingida, com significativo impacto no processo assistencial e na organização dos serviços, fluxo e da informação.

É importante frisar que neste nível de atenção concentra-se grande volume de recursos, pois os procedimentos têm custos bastante significativos, e têm grande impacto nos processos de pactuação entre municípios.

Internações Hospitalares

Para finalizar, a mais específica das ações de regulação está nas internações hospitalares. Nesse nível co-existem, com a mesma intensidade, a regulação de procedimentos eletivos e de urgência, associada à regulação de leitos, com toda sua dinâmica e rotatividade.

A viabilidade da regulação nesse nível depende muito da capacidade das unidades de internação em gerar informação em tempo real. E nesse contexto interagem fortemente a relação de recursos humanos e adesão ao processo.

A atenção hospitalar possui uma gama variada de protocolos, especialmente na atenção às urgências, e sua demanda vem, na maioria dos casos, dos pronto-atendimentos, pronto-socorros e do atendimento pré-hospitalar, efetivado pelo Corpo de Bombeiros ou pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, que possui uma central de regulação própria. Essa ação depende de uma boa grade de referência e da ação reguladora integrada entre a urgência e a internação hospitalar. Os ambulatórios de especialidades e a atenção básica também demandam internações hospitalares, e todos devem estar sujeitos a protocolos e à ação reguladora, seja nos casos de urgência ou eletivos.

Os fluxos da internação estão ligados à capacidade instalada de leitos na rede de serviços de saúde e consistem na alocação do leito e na autorização dos procedimentos hospitalares, por meio da Autorização de Internação Hospitalar – AIH. Essa ação é desencadeada pelo laudo para emissão da AIH, que passa pela autorização no complexo regulador, gerando a reserva da vaga. Quando o paciente é efetivamente internado, segue-se à ocupação do leito e à execução dos procedimentos hospitalares, seguindo o leito ocupado até a alta do paciente e a liberação da vaga para uma nova internação. Nesse fluxo estão também os leitos complementares, especialmente as UTIs.

A rotina da regulação consiste na alocação desses leitos, de acordo com a necessidade de cada paciente, trabalhando as urgências, as prioridades e as internações eletivas, tendo como ins-

trumento fundamental o mapa de leitos, instrumento dinâmico que mostra a situação da ocupação dos leitos em tempo real.

Outra função da regulação de internações hospitalares é a autorização dos procedimentos, sendo um diferencial o trabalho dos autorizadores hospitalares, que devem atuar nas próprias unidades de internação, fazendo autorização, validando mudanças de procedimento, transferências entre clínicas e permanência maior, além de monitorar a adequação e a atualização do mapa de leitos.

Assim, podemos visualizar o trabalho da regulação, e sua efetividade, sendo condicionado à integração com diversas áreas da gestão, atuando de forma efetiva no controle dos leitos e agendas, dos tetos e cotas, no controle da PPI, subsidiando ações de controle, avaliação, auditoria, planejamento e programação, qualificando a informação, agregando o processamento da produção, as autorizações pré e pós-fato, a qualificação das bases e das rotinas cadastrais, incorporando protocolos, integrando-se a atenção as urgências, qualificando a comunicação com o usuário.

A Regulação da Atenção desta forma estará viabilizando a real e efetiva hierarquização da rede de serviços de saúde, estará qualificando a gestão e contribuindo para a garantia da integralidade e da equidade da atenção.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Lei n° 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9961.htm>. Acesso em: 25 jun. 2005.

____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga, Pacto pela Saúde, 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 423, de 9 de julho de 2002**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2002/pt-423.htm>. Acesso em: 25 jun. 2005.

____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 25 ago. 2010.

____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** Brasília, DF 2006.

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

MENDES, E. V. **Oficina de gestão da clínica**. Minas Gerais: Secretaria Estadual de Saúde, 2006.

MENDES, E. V. Manuscrito do livro: SUS, mudar para avançar, 2006.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MEHRY, Emerson Elias; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 113-150.

NORMAN, I.; REDFERN, S. What is audit? In: KOGAN, M.; SALLY, R. **Making use of clinical audit.** Buckingham: Open University Press, 2000.

REMOR, L. C. **Controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde**: atividades de regulação e fiscalização. Florianópolis: Papa-Livro, 2003. 101p.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: O desenvolvimento do controle e avaliação. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: Reinventando o público. São Paulo: Xamã, 1998.

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

REINO UNIDO. Secretary of State for Health. **Working for patients**. London: HMSO, 1989.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 2.3. Regulação de Serviços de Saúde

Objetivos:

- Promover a reflexão crítica sobre a Regulação de serviços de saúde, suas estratégias e modalidades de formalização.

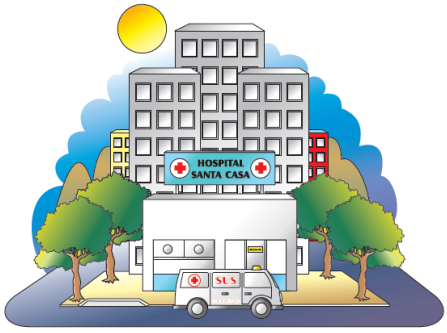
Conteúdos:

- Regulação dos serviços de saúde
- Cadastramento dos serviços de saúde
- Credenciamento das redes de alto custo
- Contratação e contratualização dos serviços de saúde
- Participação da iniciativa privada
- Tipos de contratos
- Diferenças básicas entre contratos e convênios
- Relação dos contratos com os processos de gestão

Atividades:

1. Em grupo, leia o caso da Santa Casa de Recaminho e identifique os principais problemas na relação gestor-prestador.
2. Leia e discuta com seu grupo o texto base dessa oficina das págs. 114 a 124 e discutam as seguintes questões:
    - Qual a importância dos contratos para rede de atenção?
    - Qual a importância do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES proporciona ao gestor para a contratualização de ações de saúde?
    - Em que medida a PPI instrumentaliza a programação dos serviços de saúde mais voltadas às necessidades da população?
    - Qual a importância de formalizar um contrato com o prestador de serviços?
    - Quais cláusulas dos contratos são imprescindíveis no processo de negociação?
3. Proponha um processo de contratualização para o município de Recaminho.
4. Apresente em plenária a proposta de contratualização
5. Participe da sistematização desta Oficina
6. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag. 126.

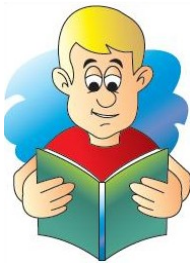
"A Santa Casa de Recaminho"



Na Santa Casa de Recaminho, verificamos que é comum a fila para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, cuja execução está sob o gerenciamento dos médicos especialistas do hospital. Esse estabelecimento recebe as solicitações através da procura direta dos usuários e acaba atendendo a quase totalidade da demanda, independentemente da programação e da regionalização estabelecida entre os gestores, principalmente quando existe algum tipo de interesse dos seus profissionais, acreditando que poderão faturar e receber pelas intervenções realizadas. Porém, a Santa Casa vem sofrendo 'cortes' quando da apresentação do SIA (Sistema de Informações ambulatoriais) e do SIH (Sistema de informações hospitalares). A ficha de programação orçamentária – FPO – não é atualizada desde que o município assumiu a gestão. Eventuais melhorias na organização da atenção do sistema municipal de saúde, especialmente na atenção básica, preocupam a direção do hospital, pois promovem a redução das internações hospitalares. Os prontuários da Santa Casa de Recaminho são incompletos e mal preenchidos, além de não contar com o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME, para o seu arquivamento adequado. São comuns os "bilhetes" para os médicos lembrando-os de completar o seu preenchimento e "esticar" a data da alta. A pessoa encarregada da codificação não tem formação específica para tal e vem tentando registrar os procedimentos similares mais bem remunerados pela tabela nacional do SUS. São muitas as AIHs rejeitadas pelo sistema, o que compromete o faturamento do prestador. Existem, ainda, resistências para efetuar o preenchimento correto dos instrumentos de coleta dos dados para o sistema de informação. O profissional encarregado do faturamento leva os laudos ao consultório do médico autorizador, um cirurgião antigo que trabalha no hospital e na Secretaria Municipal de Saúde. A Instituição não permite que os prontuários sejam verificados ou copiados, nem mesmo pelos pacientes para que os médicos não sejam prejudicados. O Hospital, às vezes, precisa cobrar dos pacientes, geralmente materiais e medicamentos, que nem sempre estão disponíveis na quantidade que seria necessária.

O gestor tem observado vários registros no SIA sem valor financeiro, ou situações incoerentes como o registro de procedimentos de administrações de medicamentos por paciente do grupo da atenção básica, registrados no atendimento de pronto socorro. Os registros de consultas com observações são maiores do que os das consultas de urgência e emergência. São comuns prontuários com as seguintes anotações: evoluindo bem, sem queixas e prescrições discordantes com o diagnóstico do procedimento apontado na AIH. Os médicos se envolvem pouco nesse processo e na última tentativa de incluí-los na construção de protocolos de regulação ninguém compareceu na reunião agendada. São comuns, também, a apresentação de AIHs com procedimentos especiais não autorizados, com duplicidades indevidas e solicitações de autorização para permanência a menor.

Todos os problemas estão sendo verificados, pois no atual processo de contratualização serão revisados a FPO e os pactos de metas e estabelecido um plano operativo de comum acordo. Agendou-se uma reunião para discutir esses pontos e avançar no processo.



REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A Regulação de serviços de saúde é efetivada através das ações de Regulação da Atenção à Saúde, que incidem na produção direta das ações de serviços e, portanto, nos prestadores de serviços.

A regulação da rede de serviços de saúde constitui-se em um processo gerencial que contempla:

1. Cadastramento dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais e dos usuários;
2. Credenciamento dos estabelecimentos e, se necessário, o encaminhamento dos processos para habilitação, bem como monitoramento e fiscalização do cumprimento dos critérios;
3. Programação orçamentária por estabelecimento, em nível ambulatorial;
4. Autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade.

A partir da produção do cuidado, passa-se às ações gerenciais de avaliação:

- Processamento das informações que viabilizem o pagamento dos serviços prestados;
- Monitoramento e fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial;
- Monitoramento e revisão das faturas de cada estabelecimento;
- Controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos estabelecimentos de saúde;
- Monitoramento e avaliação da produção, inclusive a relação entre programação, produção e pagamento;
- Avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos por meio de análise de dados, indicadores e verificação dos padrões de conformidade.

Essas ações estão mais diretamente ligadas à assistência, sendo os prestadores públicos, privados e filantrópicos os principais objetos dessa ação, e devem integrar um amplo processo de gestão que inter-relaciona várias funções de um sistema de saúde como planejamento, programação, contratualização/contratação, regulação do acesso e avaliação de serviços e sistemas de saúde.

A atividade de planejamento, ao basear-se nas necessidades de saúde, fixa parâmetros de produção, rendimento ou cobertura e deve estar garantida pelo orçamento. Alocada segundo a PPI, orienta assim a contratação de serviços, cujos estabelecimentos devem ser cadastrados e, quando for o caso, devidamente credenciados/habilitados. A PPI deve orientar a programação físico-orçamentária (FPO) dos estabelecimentos ambulatoriais, viabilizar a autorização da produção e estar integrada à regulação do acesso aos serviços de saúde.

A informação resultante da produção dos serviços deve ser continuamente supervisionada e monitorada, retro alimentar o planejamento, demandar auditorias e gerar indicadores para a avaliação e melhoria da atenção à saúde.

O controle ao estar integrado com a contratação, regulação do acesso e a avaliação das ações e serviços de saúde compõe a regulação da rede de atenção à saúde.

CADASTRAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Cadastramento é o ato de o gestor incluir no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), o estabelecimento de saúde, de qualquer esfera administrativa, prestador ou não do SUS, existente no território sob sua gestão. O CNES é um cadastro de base nacional previsto para atualização contínua, cuja manutenção está sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de saúde. É importante a fidedignidade das informações cadastrais, devendo ser realizada sua atualização constante, in loco. As equipes de vigilância sanitária são importantes parceiros, pois atuam na fiscalização e emissão de alvará de funcionamento em todos os estabelecimentos de saúde, públicos e privados.

O CNES é um instrumento que subsidia os gestores na implementação das políticas de saúde sendo indispensável para áreas de planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria. Acessando o site, (http://cnes.datasus.gov.br) podemos identificar as informações de infraestrutura, tipo de atendimento prestado, serviços especializados, leitos, profissionais de saúde indicadores etc. existentes nos estabelecimentos de saúde em todo país, incluindo todas as esferas administrativas, pública e privada.

O CNES foi instituído por meio da Portaria SAS/MS nº 376 de 10/10/2000, com base na PT. GM/1890/97 que estabeleceu a atualização do cadastro SIA e SIH/SUS a partir de 03/02/98. Após incorporações de sugestões de gestores estaduais e municipais de saúde foi editada a PT.

SAS 511/2000 que passou a normalizar o processo de cadastramento em todo território nacional. O CNES entrou em vigor a partir de agosto/2003 com liberação dos Códigos CNES a todos os estabelecimentos de saúde cadastrados, substituindo assim as Fichas Cadastrais dos Sistemas Ambulatoriais e Hospitalares.

É base cadastral para a operacionalização dos diversos Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente. Seu vasto conteúdo de dados propicia ao gestor, informação e conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, auxiliando no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo, bem como auxiliar o controle social a ser exercido pela população.

O cadastramento de usuários também é uma atividade de controle e avaliação que permite a alimentação do Cadastro Nacional de Usuários do SUS, de base nacional. Esse cadastro disponibiliza dados de identificação individual para o Cartão SUS e encontra-se em fase de implementação.

CREDENCIAMENTO DAS REDES DE ALTO CUSTO

Credenciamento é o ato do gestor municipal ou estadual certificar um estabelecimento de saúde para a realização de procedimentos constantes nas tabelas do SUS, que pode necessitar ou não da ratificação do gestor federal (habilitação), conforme normas vigentes.

Para cobrança dos procedimentos de alto custo faz-se necessário que os serviços sejam regularmente cadastrados nas especialidades correspondentes e os estabelecimentos devidamente habilitados. Os gestores devem estruturar suas redes de atenção, implantar/programar as políticas de alto custo e identificar os estabelecimentos a serem credenciados segundo normas técnicas específicas pactuadas. Os prestadores de serviços de saúde devem encaminhar documentação ao gestor local, que verifica o correto cumprimento das normas e da inserção na rede, autorizando o credenciamento e encaminhando ao gestor federal para habilitação. É importante a verificação de impacto financeiro no orçamento e sua responsabilização pelos diversos gestores. As políticas e normas de credenciamento/habilitação constam em portarias específicas do Ministério da Saúde e da Secretaria de Atenção á Saúde.

Sob a denominação de alta complexidade, estão agrupados ações e procedimentos de saúde que demandam maior agregação de tecnologia (alta complexidade) e geralmente demandam maiores aporte de recursos (alto custo), bem como os procedimentos de ações consideradas, pelo Ministério da Saúde, estratégicas. A garantia desse acesso é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.

A organização da rede é feita com base nos parâmetros de necessidade e na disponibilidade dos serviços de saúde. A capacidade instalada (física e de recursos materiais e humanos) de cada estabelecimento define a respectiva produção potencial, que deve ser ajustada à disponibilidade orçamentária e financeira, para definir a contratação dos serviços. A programação das internações pode ser feita por clínica ou por procedimentos do SIH e baseia-se no número de leitos, na média de permanência e na taxa de ocupação.

A programação dos estabelecimentos (FPO e de internações) deve guardar estrita compatibilidade com o desenho da rede loco - regional e a programação global do sistema como um todo (PPI).

CONTRATAÇÃO E CONTRATUALIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Aos gestores locais do Sistema Único de Saúde, compete assegurar a universalidade no atendimento à saúde. Para possibilitar aos gestores do sistema o alcance da universalidade, foi-lhes facultado agregar serviços de saúde do setor privado de forma a complementar a oferta pública (nas três esferas) disponível.

A Constituição em seu art. 199, parágrafo 1.º, define que "as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes desse, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos". Consolidou-se, assim, o SUS como o maior comprador de serviços de saúde que, ao longo desses anos, não desenvolveu a capacidade de comprar, no sentido de legitimar a relação com o setor privado e no sentido de desenvolver mecanismos que possam consubstanciar o processo de compra.

Anterior a essas regulamentações, especificamente na década de 70, houve grande expansão da oferta e participação do setor privado na prestação de serviços de saúde financiada pelo Estado. Sendo esse crescimento pautado na lógica da oferta da rede privada, de modo desordenado, sem acompanhamento e, pior, sem considerar as necessidades da população, com o agravante da ausência de mecanismos legais que pudessem oferecer legitimidade na relação entre as partes. A ausência de formalização contratual, aliada ao repasse de recursos públicos como pagamento, caracteriza um contrato tácito, o que fere um dos princípios do direito administrativo, sendo, portanto essa prática vedada por lei.

O Ministério da Saúde através da Coordenação Geral de Regulação e Avaliação vem monitorando o preenchimento do campo contratos do CNES, com a finalidade da verificação do grau de formalização da relação entre os gestores e os prestadores de serviço de saúde junto ao Sistema Único de Saúde, tendo em vista o indicador do Pacto de Gestão de 100% das contratualizações.

No Brasil, a compra de serviços, em grande medida, não é construída com base no planejamento e na avaliação das reais necessidades da população. Não há definição clara sobre quais serviços e em que tamanho os gestores do SUS precisam e podem comprar para complementar a sua rede de serviços.

Por outro lado, temos o setor público, ainda "prisioneiro" da oferta do setor privado, desconsiderando o princípio da participação complementar – que só se faz presente quando a rede pública é insuficiente, ou seja, quando se esgota toda a capacidade pública instalada.

É imprescindível reverter tal situação, devendo os gestores do SUS, estadual e municipal, considerando as necessidades locais e regionais, definirem quais serviços e em que quantidade são necessários à complementação da oferta da rede pública, estabelecendo o alicerce que pautará os termos dos contratos a serem firmados com o setor complementar.

Considerando-se as diversidades econômicas e demográficas entre os municípios brasileiros, temos uma realidade em que a grande maioria dos municípios não tem população suficiente que justifique a implantação de uma rede completa de serviços em todos os seus níveis hierárquicos.

Para possibilitar a montagem dessa rede de serviços de saúde, é necessário integrar toda a oferta do setor público e incorporar serviços em caráter complementar, quando houver insuficiência ou inexistência na rede pública. Assim, a Programação Pactuada e Integrada – PPI constitui-se num importante recurso capaz de instrumentalizar e apontar a quantidade e diver-

sidade de serviços a serem contratados, a sua localização e os fluxos de referência e contra-referência.

O novo processo de "contratualização", um neologismo intencional, caminha para a discussão da pactuação entre os gestores dos sistemas de saúde e dos prestadores de serviços, para além do ato formal da contratação. Gestores e prestadores de serviços devem estabelecer efetiva parceria e formular as metas que deverão ser cumpridas pelas partes, observando a realidade da rede de saúde local, possibilitando o estabelecimento de contratos a serem financiados de acordo com o cumprimento de metas com o gestor.

Estas metas devem estar inseridas em áreas consideradas estratégicas e prioritárias, fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS, tais como: a garantia do acesso qualificado e inserção na rede com definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS, explicitando o compromisso dos prestadores de serviços de saúde em relação à assistência e considerando a necessidade real da população; a qualificação da atenção e humanização com definição das responsabilidades destes e dos gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde; a qualificação e democratização da gestão com aprimoramento no processo da gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do serviço na rede hierarquizada e regionalizada do SUS; e a área de pesquisa e avaliação tecnológica no caso dos Hospitais Universitários.

Os hospitais passam a ter um orçamento global misto, como nos projetos de reestruturação dos hospitais universitários, hospitais de pequeno porte e hospitais filantrópicos em que receberão um montante fixo por mês destinado ao custeio de ações de média complexidade e outro valor, baseado na produção de serviços, para custear ações de alta complexidade. Nesse processo de "contratualização" são fundamentais as comissões de acompanhamento em que todos os atores possam ter participação, inclusive o cidadão no exercício do controle social do SUS.

O estabelecimento da regularização jurídica do processo de compra e de prestação de serviços mediante a formalização de contratos, nos quais estejam contidos, de forma clara, os direitos e deveres de cada uma das partes, representa ganhos para os gestores do Sistema Único de Saúde. Combinando a regularização jurídica a um planejamento que considere as necessidades da população local ou referenciada e estabelecendo-se a vinculação desses serviços à regulação da oferta segundo a demanda/necessidades, o gestor passa a contar com uma poderosa ferramenta que possibilitará a avaliação e o controle da assistência ofertada na perspectiva de torná-la mais eficiente, eficaz e efetiva para os usuários do SUS, revertendo-se assim o cenário anterior, quando o gestor em muitas situações ficava à mercê dos interesses do setor complementar.

PARTICIPAÇÃO DA INICIATIVA PRIVADA

"As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público a sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por meio de terceiros e também por pessoa física ou jurídica de direito privado". Art. 197 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988.

A Constituição em seu art. 199, parágrafo 1.º, define que "as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes desse, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos".

"Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada" Art. 24 da 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.

A Lei 8.666, de 21 de junho de 1993 – Institui normas para licitação e contratos da Administração Pública. Não trata das especificidades da compra de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde, no entanto é um dos referenciais legal a ser adotado.

TIPOS DE CONTRATOS

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

Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – no PCEP, como é chamado, são pactuados o uso e as metas de uma determinada unidade prestadora de serviço sob gerência de um nível de governo e gestão de outro. Não é um contrato propriamente dito, mas os ajustes firmados entre os níveis de governo devem seguir as determinações da Lei n.º 8.666.

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

As unidades filantrópicas "deverão ofertar a prestação de todos os seus serviços ao SUS no percentual mínimo de sessenta por cento, e comprovar anualmente, o mesmo percentual em internações realizadas, medida por paciente-dia" – Parágrafo 4.º Art. 3.º – Decreto n.º 4.327, de 8 de agosto de 2002. Devendo a instituição informar, obrigatoriamente, ao Ministério da Saúde, por meio da Comunicação de Internação Hospitalar – CIH, a totalidade das internações realizadas para os pacientes não usuários do Sistema Único de Saúde.

As unidades que prestam serviços exclusivamente no nível ambulatorial também devem comprovar anualmente a prestação desses serviços ao SUS, no percentual mínimo de sessenta por cento.

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

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

O contrato de gestão também está previsto na Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, como instrumento para estabelecer um vínculo jurídico entre organizações sociais e a Administração

Pública, quando o objetivo do contrato for a transferência da gestão de uma instituição pública para a OS.

Contrato Administrativo - Ajuste firmado entre Poder Público e prestadores privados com ou sem fins lucrativos quando o objeto do contrato for a compra de serviços numa lógica de pagamento por produção, seguindo os ditames da Lei 8666/93. O objeto do contrato deverá estabelecer metas por produção.

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

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

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

Plano Operativo - O Plano Operativo é um instrumento no qual são apresentadas ações, serviços, atividades, metas quantitativas e qualitativas e indicadores a serem pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde. Nele, deverá constar também à caracterização da instituição, sua missão na rede, a capacidade instalada e sua utilização, a definição de oferta e fluxo de serviços.

O Plano Operativo deverá acompanhar todos os ajustes realizados entre administração pública e setor privado.

Também pode ser utilizado pelo gestor na rede própria para diagnosticar a capacidade instalada, organizar a rede e, assim, demonstrar a real necessidade de contratação de serviços para fins de complementação de rede.

Conforme Artigo 55, da lei nº 8.666/93, são **cláusulas essenciais** nos contratos e convênios:

- → O objeto e seus elementos – especificações, quantidade a ser contratada.
- → O regime de execução dos serviços.
- → O preço e suas condições de pagamento, os critérios, a data base e periodicidade do reajuste de preços, os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento.
- → A vigência do contrato.
- → O crédito pelo qual correrá a despesa, com a sua classificação funcional-programática e da categoria econômica.
- → As garantias oferecidas para assegurar sua plena execução, quando exigidas.
- → Os direitos, obrigações e as responsabilidades das partes, as penalidades cabíveis e os valores das multas.
- → Os casos de rescisão.
- → O reconhecimento dos direitos da Administração, no caso de rescisão administrativa (inexecução total ou parcial do contrato) – Art. 77 da Lei nº 8.666/93.
- → A vinculação ao edital de Chamada Pública e ao processo de inexigibilidade.
- → A legislação aplicável à execução do contrato e especialmente aos casos omissos.
- → A obrigação do contratado de manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na Chamada Pública.

DIFERENÇAS BÁSICAS ENTRE CONTRATOS E CONVÊNIOS:

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

RELAÇÃO DOS CONTRATOS COM OS PROCESSOS DE GESTÃO

Necessidade/PPI – O contrato será firmado com base nas necessidades locais e naquelas decorrentes da Programação Pactuada Integrada, que visam o atendimento das populações de outros municípios.

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

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

Regulação – No contrato de ficar estabelecido de forma clara que o objeto contratado será colocado para o acesso dos usuários através do Complexo Regulador e fluxos determinados pelo gestor do contrato.

Licitação –

> Processo que se destina a garantir a observância do princípio constitucional da isonomia e a selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração. Será processada e julgada em estrita conformidade com os princípios básicos da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da igualdade, da publicidade, da probidade administrativa, da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objetivo e dos que lhe são correlatos. (BRASIL, 1993, Art. 3).

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

Na área da saúde tem sido usual adotar a prática de não realizar o procedimento licitatório ao contratar serviços privados de saúde, porém, não há justificativa legal para tal conduta. Segundo os ensinamentos de Lenir dos Santos, nada poderá livrar a administração pública de realizar procedimento licitatório, nem mesmo o fato de os preços dos serviços serem previamente fixados pelo poder público, isso não constitui motivo justificável para não se fazer licitação. As exceções seriam os casos de inexigibilidade ou dispensa de licitação, que possuem previsão legal.

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

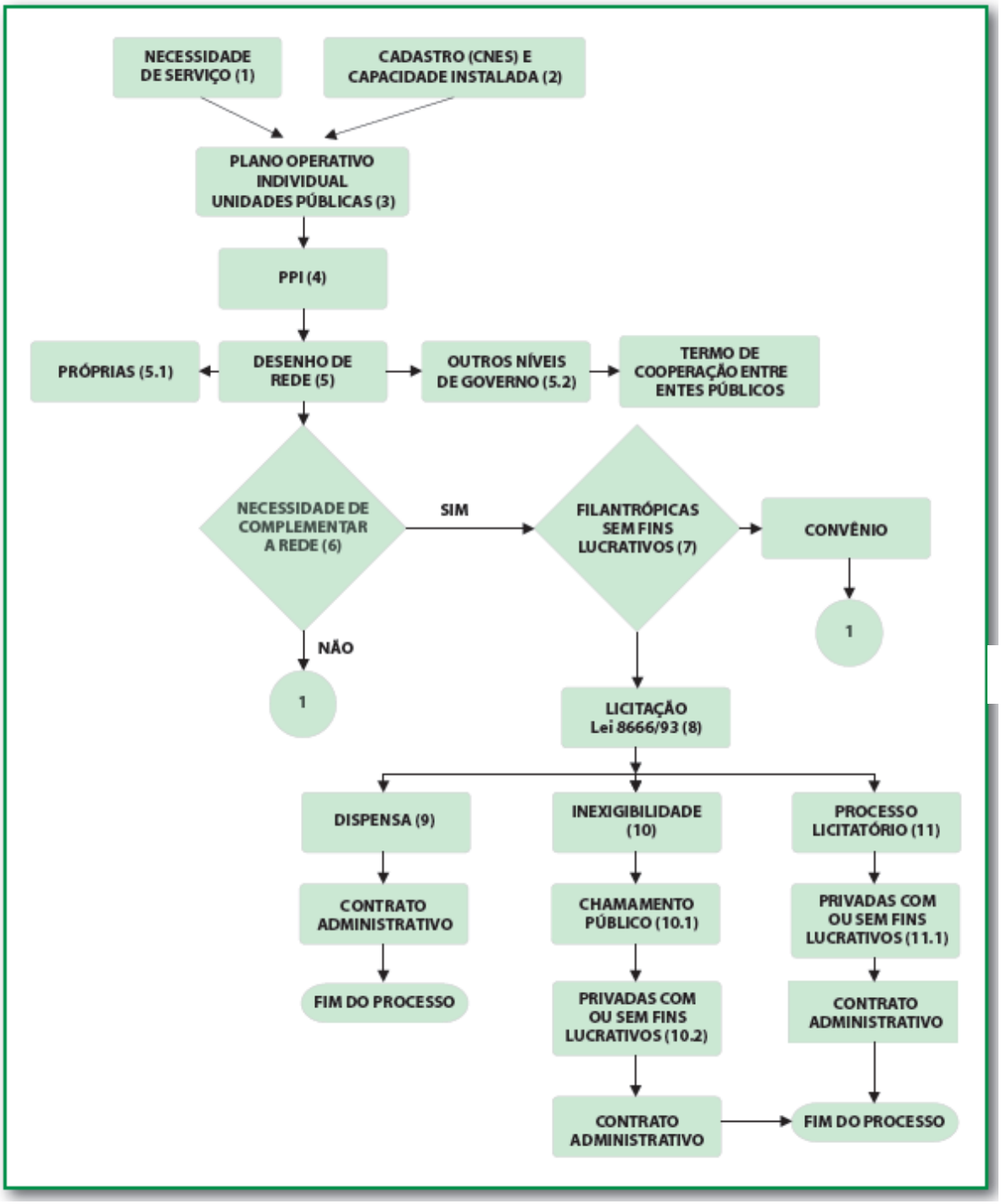
Chamada pública - Definida a inexigibilidade, a chamada pública poderá ser utilizada, num procedimento por meio do qual o gestor público informa a todos os prestadores de serviços de saúde localizados em sua base territorial o seu interesse de contratar serviços de saúde, com base nas necessidades complementares de sua rede, pelos valores estabelecidos na tabela do SUS (nacional ou local).

É um processo que deve obrigatoriamente ser público, portanto, amplamente divulgado por meio dos meios de comunicação (Diário Oficial, jornais, etc.).

O Edital de Chamada Pública deve explicitar:

- As normas e os requisitos operacionais e legais exigidos dos serviços no processo de habilitação;
- Os procedimentos/serviços a serem comprados, com os valores correspondentes, a serem praticados;
- O modelo de contrato a ser firmado;
- Demonstrativo da programação de compra de serviços (quantitativa e orçamentária);
- Critérios de classificação dos prestadores – adotar indicadores da Vigilância Sanitária e outros que possam medir qualitativamente os serviços;
- Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde - FCES;
- Alvará da Vigilância Sanitária;
- Circular da Secretaria de Saúde a todos os prestadores de serviços de saúde divulgando todo o processo.
- Na construção do processo de compra de serviços de saúde, cabe ao gestor:
- Considerar que as ações e os serviços de saúde que integram o SUS, constituem uma rede regionalizada e hierarquizada – assim, os serviços complementares estão inseridos dentro da lógica de prestação integral de saúde aos usuários do SUS;
- Compreender que o processo não está restrito às áreas jurídicas e de licitação. Devendo outras instâncias da gestão, como epidemiologia e vigilância sanitária, controle, avaliação e regulação, auditoria, planejamento e financeiro, participarem da definição das necessidades de compra de serviços de saúde e do planejamento do processo.

Figura 1 - Esquema de contratação de serviços de saúde.



Fonte: (BRASIL, 2006).

Legenda:

1. O Gestor de Saúde, por haver uma procura muito grande pelos serviços de saúde, acredita que h á a necessidade de contratar serviços de privados de saúde, então.

2. O gestor, ao consultar o CNES verifica a sua capacidade instalada;

3. Ele deve elaborar um Plano Operativo de cada unidade pública sob sua gerência para fins de identificação da necessidade de complementação de serviços e organização de rede. Verificada a necessidade de complementação de serviços, esta deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar do Plano de Saúde.

4. Faz a PPI;

5. Após tendo consultado esses dados o gestor terá o seu desenho de rede.

5.1. Se verificar que a rede própria é capaz de suprir as necessidades da população, não havendo necessidade de complementação haverá o fim do processo;

5.2. Se o gestor, constatar que a rede própria é insuficiente e, portanto que há a necessidade de complementação e, que há em sua rede há instituições de outras esferas de governo ele deverá recorrer essas e o instrumento para formalizar esse acordo será o Termo de Cooperação entre Entes Públicos;

6. Se, com os serviços públicos de saúde devidamente contratados ainda for verificada a necessidade de complementação da rede, o gestor deverá recorrer aos serviços da rede privada.

7. Verificada a existência de entidades filantrópicas e, em função da prioridade da contratação prevista na CF/88 e na Lei 8080/90 poderá firmar convênio diretamente com a instituição, desde que firmada parceria para a prestação de serviços e ações de saúde.

8. O gestor deverá sempre fazer uso da Lei 8666/93 para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular.

9. A licitação será dispensável nos casos em que o valor total da compra de serviços for 10% do valor contido no art. 23, inciso II, alínea a, ou se a demora na aquisição do serviço pode trazer prejuízos, art. 24, IV.

10. A inexigibilidade de licitação poderá ser constata quando houver incapacidade de se instalar concorrência entre os licitantes, que poderá ocorrer quando houver apenas um prestador apto a fornecer o objeto a ser contratado, ou quando o gestor manifestar o interesse de contratar todos os prestadores de serviços de seu território de uma determinada área desde que devidamente especificada no Edital;

10.1.Quando a licitação for inexigível porque o gestor manifestou o interesse de contratar todos os prestadores ele poderá fazer uso do procedimento de Chamada Pública, onde será aberto um edital chamando todos os prestadores que se enquadrem nos requisitos constates do edital a se cadastrarem e contratarem com a Administração Pública.

10.2.Do chamamento público será realizado um contrato administrativo com as entidades privadas com e sem fins lucrativos e com as entidades filantrópicas.

11. A realização do procedimento licitatório gerará um contrato administrativo com entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

11.1.Ressalta-se que as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos quando optarem por não realizar convênio com a Administração Pública concorrerão com as demais empresas e perderão o seu privilégio na contratação e, por esse motivo, o instrumento firmado será o contrato administrativo.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Constituição** (1988). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 9 out. 2005.

_____. **Decreto Nº 4.327**, d**e 8 de agosto de 2002**. Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEAS para instituições de saúde e altera o Decreto no 2.536, de 6 de abril de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4327.htm>. Acesso em: 9 out. 2005.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 9 out. 2005.

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

_____. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9637.htm>. Acesso em: 9 out. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de orientações para contratação de serviços no Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_Contrata2.pdf>. Acesso em: 9 out. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.890 de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1997. Seção 1, p. 38.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 511 de 29 de dezembro de 2000**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-511.htm>. Acesso em: 5 nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 376**, de 3 de outubro de 2000. Determina o cadastramento nacional dos Estabelecimentos de Saúde do país. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-376.htm>. Acesso em: 3 jul. 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 576, de 19 de dezembro de 2001**. Trata dos prazos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos da Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/PT-576.htm>. Acesso em: 3 jul. 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.277** de 22 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a participação complementar dos serviços de assistência à saúde, no âmbito do sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-3277.htm>. Acesso em: 3 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde**: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, DF, Abril 2008. Versão para construção com Conass e Conasems.

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

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

DI PIETRO, M. S. **Direito administrativo**. 19. ed. [São Paulo: Atlas], 2003. p. 335 a 337.

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

MEIRELLES, H. L. **Direito administrativo brasileiro**. São Paulo; [Malheiros], 2003.

MENDES, E.V. **Alinhamento conceitual sobre rede de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde.** [Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais], maio de 2007. No prelo.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 2.4. Regulação do Acesso à Atenção à Saúde

Objetivo:

- Promover a reflexão crítica e afirmar a importância do acesso dos usuários aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades e as estratégias para sua viabilização.

Conteúdos:

- A regulação do acesso e os complexos reguladores
- Principais ações para efetivar a Regulação do Acesso
- Complexos Reguladores e Centrais de Regulação.
- Sistemas Informatizados

Atividades

1. Em grupo, leia o caso do Seu João, e discuta as seguintes questões:

- Por que fatos semelhantes a esse acontecem com frequência no cotidiano dos serviços?
- Como poderiam ser resolvidas as situações descritas?
- Como deveriam estar organizadas as ações de regulação do acesso em cada uma das necessidades: consultas, exames, internação e alta complexidade?
- Qual o impacto que poderiam ter na linha de cuidado?

2. Leia o texto base dessa Oficina nas págs. 128 a 141, observando os quadros finais que apresentam os fluxos regulados. Sistematize para apresentação em plenária.
3. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.
4. Participe da sistematização desta oficina.
5. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag. 142.

"O caso de Seu João"

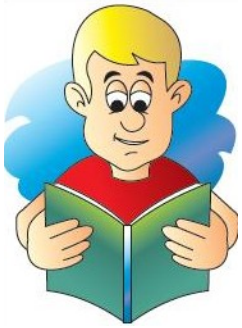
Seu João, morador de Recaminho, viúvo de D. Maria e irmão de D. Antônia, apresentou fortes dores de cabeça e inchaço no corpo, como vinha ocorrendo há vários meses e, foi atendido no Pronto Socorro da cidade. Foi medicado na hora por causa da pressão alta, mas o médico disse que não podia lhe receitar nenhum tratamento sem saber do que se tratava e o encaminhou para um cardiologista, um nefrologista e um neurologista. Seu João foi ao posto de saúde para tentar marcar as consultas com os especialistas, mas não conseguiu. Uma semana depois, com a ajuda da funcionária do hospital, foi examinado no pronto socorro por um médico neurologista que estava de plantão como clínico, onde foi novamente medicado. Ele solicitou uma tomografia e pediu que seu João iniciasse tratamento para hipertensão na unidade básica de saúde.

Na unidade, após ser atendido, foram solicitados vários exames, que ele não conseguiu fazer, pois tinha que trabalhar. Foi encaminhado ao nefrologista, na cidade de Beira Mar, mas como não era referência, orientaram que seria melhor que ele fosse direto e desse o endereço de lá. O nefrologista, após realização de exames detectou diabetes e hipertensão arterial, além de uma doença renal crônica com indicação de Terapia Renal Substitutiva e inscrição em fila de transplante renal. Seu João procurou o setor de regulação de alto custo do município de Beira Mar, em gestão plena do Sistema, pólo estadual, para autorização prévia de tratamento em TRS.

Para efetuar o seu cadastro foram solicitados os documentos de identificação e comprovante de residência, sendo verificado que o usuário residia em Recaminho, município do interior do Estado, cuja referência para o tratamento em TRS é o próprio município, segundo informações fornecidas pelo Sr. Cândido, que trabalha em Recaminho.

A solicitação apresentada pelo Seu João para realizar o tratamento não continha a autorização do gestor de seu município. Em consulta ao Sistema de Regulação de Marcação de Consultas e SADT de Beira Mar foi verificado que não constava no mesmo nenhum agendamento ou atendimento para o paciente em nefrologia naquela data na referida Unidade e que o médico que emitiu a solicitação não constava na FCES da Unidade executante.

Seu João, após muito "perambular" passa mal e é atendido no Pronto Socorro de Beira Mar onde é internado. Após a alta melhorado foi orientado a procurar a unidade básica de Recaminho com a indicação de encaminhamento para inscrição em programa de TRS. Como não há regulação em Recaminho, a unidade o orientou para procurar diretamente a Nefroclin, clínica de diálise localizada na santa casa, contratada pelo município.



A REGULAÇÃO DO ACESSO

A Regulação do Acesso operacionalizada pelo gestor público tem sido direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, seja por meio do controle sobre o fluxo da demanda por assistência à saúde em todas as Unidades prestadoras de serviços ou pelo redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, de acordo com as necessidades da população.

Para garantir a integralidade do acesso são necessárias operações de mudanças na produção do cuidado a partir da rede básica, secundária, da atenção à urgência bem como na atenção hospitalar, integrando todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde por meio de fluxos direcionados de forma singular e guiados pelo projeto terapêutico do usuário, para serem capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à sua assistência e ao restabelecimento de sua autonomia. Portanto, além de contribuir na otimização dos recursos de saúde existentes, a regulação do acesso busca a qualidade da ação

por meio da resolubilidade, a resposta adequada aos problemas clínicos e a satisfação do usuário.

Para efetivá-la, será necessário criar as seguintes condições:

- **Conhecimento** global dos estabelecimentos de saúde, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e as regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados;

- **Cadastro completo** e fidedigno das unidades prestadoras de serviços de saúde, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, conveniada ou contratada, a garantia de atualização dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS;

- **Processo de compra de serviços** na rede privada pautado pelo interesse público e pela identificação das necessidades assistenciais;

- **Contratos de prestação de serviços** como instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas;

- **Regulação da assistência** efetivada por meio da implantação de complexos reguladores, responsáveis pela regulação das urgências, procedimentos básicos, de atenção ambulatorial especializada, alto custo e internações eletivas.

Atualmente, na grande maioria dos municípios brasileiros, as vagas hospitalares costumam ser preenchidas sem considerar a gravidade do paciente. Os leitos, em alguns casos, são disponibilizados com base em influências pessoais e vários estabelecimentos de saúde recebem diretamente pacientes procedentes de outros municípios por meio de encaminhamentos diretos entre profissionais e serviços, comprometendo a capacidade de atender sua população e a programação estabelecida com os outros municípios. Podemos verificar ainda a recusa de alguns estabelecimentos de saúde em atender pacientes portadores de patologias complexas, que apresentam quadro clínico complicado, ou que não oferecem perspectiva de lucro financeiro.

Também onde não existe serviço de marcação ou regulação para as consultas e exames especializados, o acesso aos mesmos tem-se dado por meio de procura direta ou por agendamento feito por solicitações/intervenções de políticos e/ou profissionais que trabalham nos setores de marcação das unidades públicas e contratadas, sem avaliação da **necessidade clínica** frente às demandas por atendimento de toda a população usuária do Sistema Único de Saúde. Com isso, a produção de serviços destas unidades acaba sendo realizada à revelia do planejamento e da regulação do gestor público.

A regulação do acesso, com certa frequência, tem sido descrita como a implantação de computadores, redes de comunicação, centrais de internação, de consultas e exames, ou de normas e protocolos. No entanto, deve ficar claro que a regulação de acesso é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações dirigidas aos serviços públicos e ou privados, gerentes e profissionais de saúde e que são utilizadas para ordenar, orientar, intermediar e definir o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades.

A sua implementação deverá adequar todos os processos dessa área de conhecimento às especificidades locais, numa lógica de alocação de recursos voltada para as reais necessidades

da população, e não pelas ofertas dos prestadores de serviços. Portanto, além de estarem articuladas e integradas com as áreas assistenciais da atenção básica, atenção programática e estratégica e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, as suas ações devem também estar articuladas e integradas com as ações de contratação, controle e avaliação.

A articulação e a integração das áreas da assistência e da regulação permitem que o cadastro de estabelecimentos e de profissionais seja verificado à luz da oferta potencial dos prestadores de serviços, subsidiando a sua contratação e a programação da atenção.

Além disso, a padronização da solicitação, submetida à incorporação da lógica dos protocolos assistenciais, subsidia a regulação e a autorização prévia para a atenção em níveis mais complexos do sistema de saúde. A implementação de um processo de avaliação das ações de atenção à saúde, de forma sistemática e contínua, sobre estruturas, processos e resultados, permite o melhor planejamento, o descortinar de problemas para as ações de controle e auditoria assistencial, os ajustes na execução e a busca de uma melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade.

Outro aspecto importante é o desenvolvimento de ações de supervisão hospitalar e ambulatorial que permite um maior controle da execução do atendimento, monitorando sua adequação assistencial, de qualidade e satisfação do usuário e seus aspectos contábeis e financeiros.

PRINCIPAIS AÇÕES PARA EFETIVAR A REGULAÇÃO DO ACESSO

A Portaria nº 1559 de 1º/08/2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação, afirma que a Regulação do Acesso à Assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

Contempla as seguintes ações:

- Regulação da Atenção Básica
- Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar de urgências e emergências.
- Controle e regulação dos leitos clínicos e cirúrgicos disponíveis e das agendas de consultas especializadas e de SADT, informados nos cadastros de estabelecimentos e de profissionais e formalizados por meio dos contratos, convênios ou termos de compromisso.
- Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais de acordo com os mais recentes e seguros consensos científicos.
- Estabelecimento de mecanismos de referência entre as unidades segundo fluxos e protocolos padronizados, a partir da integração entre as ações de solicitações e de autorização.
- Organização de fluxos de referência especializada intermunicipal por meio da conformação da rede hierarquizada e regionalizada e da PPI, articulados pelo TFD (Tratamento Fora do Domicílio).
- Controle e monitoração da utilização mais adequada dos níveis de complexidade, balizados pelos protocolos e fluxos padronizados e consensuados.
- Implantação de Complexos Reguladores.

INSTRUMENTOS DA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Todos os municípios deverão organizar uma atenção básica que seja **resolutiva** e que faça **encaminhamentos responsáveis e adequados** aos demais níveis de assistência. Na atenção em saúde, o gestor do sistema estabelece e define quais as ações e serviços serão oferecidos pelas unidades prestadoras, apontando o que e qual a quantidade será regulada. Alguns procedimentos serão autorizados na própria unidade solicitante, mediante a utilização de cotas mensais, que indicará a unidade onde o procedimento será realizado, referenciando os usuários diretamente. Outros procedimentos que estarão sob controle, querem pela desproporção entre a oferta e a demanda ou pelo seu custo financeiro, necessitarão de regulação em outra instância. Se o procedimento não necessita de autorização prévia, a unidade solicitante poderá agendá-lo diretamente ou junto à Central de Regulação. Se o procedimento necessita de autorização prévia, esta deverá ser obtida junto à chefia imediata da unidade, que acionará posteriormente o regulador/autorizador. Dentro do universo de ações, serviços e procedimentos disponibilizados aos usuários SUS em média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o gestor deverá pactuar com as suas unidades e com os municípios referenciados os fluxos para o acesso em toda a linha de produção do cuidado garantindo a integralidade da assistência no território sob sua gestão. Para tanto, serão utilizados os protocolos assistenciais no sentido de ordenar as solicitações e definir a **priorização do acesso pela gravidade clínica** do usuário e os fluxos de referência desenhados.

O SAMU, como parte do complexo regulador, tem papel fundamental nos municípios para a execução da atenção pré-hospitalar móvel, na regulação médica da atenção às urgências e nos demais elementos do complexo regulador. As centrais municipais de atendimento pré-hospitalar podem atuar como centrais regionais, notadamente nas áreas metropolitanas e junto às regiões de saúde, sempre que houver pactuação intermunicipal regional e acordo na Comissão Intergestores Bipartite. Por meio da Central de Regulação do SAMU é possível prestar atendimento pré-hospitalar aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, e fazer o transporte sanitário dos pacientes atendidos de forma adequada, acionado pelo público de modo fácil, gratuito e 24 horas por dia. Dentro da proposta de atenção integral, o SAMU possibilita a integração com outros serviços do SUS, como a Central de Internação Hospitalar para efetuar as transferências inter-hospitalares, acionamento de UTI Móvel e contatos com as referências hospitalares de urgência e emergência, Unidades de Pronto-Atendimento, Unidades Básicas de Saúde e Unidades de PSF.

O PAPEL DOS PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

Os protocolos assistenciais estão presentes há bastante tempo nos campos da Saúde Pública e da Medicina e podem ser categorizados como:

- **Protocolos clínicos ou diretrizes clínicas** como recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de orientação de médicos e pacientes acerca de cuidados de saúde apropriados em circunstâncias clínicas específicas. De forma similar podem se estender aos demais profissionais de saúde. Várias publicações contêm protocolos das diversas áreas de atenção. Um exemplo é o da Agency of Health Care Policy and Research (AHCPR), sendo que as versões mais utilizadas são o "Clinical Practice Guideline" e "Quick Reference Guide for Clinicals". (http://www.ahcpr.gov).

- **Protocolos de regulação do acesso** são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio, diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo. É um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos

entre os níveis de complexidade assistencial orientando os atos profissionais que fazem parte dos protocolos clínicos. Constituem ações de controle assistencial/regulação do acesso e podem ser protocolos de ações programáticas e estratégicas como a organização do cuidado a determinados agravos ou em situações de risco à vida. Busca coordenar e integrar os processos de trabalho (atividades, saberes e tecnologias) das diversas categorias no mesmo nível ou entre os níveis de assistência.

A Regulação da Atenção à Saúde, inscrita na proposta de uma política de regulação, não pretende resolver, por imposição, as diferenças quanto ao uso dos protocolos assistenciais, mas deve destacar que estes têm fundamental importância:

- Como componente de capacitação dos profissionais de saúde;
- Como orientador de boas práticas clínicas em todos os níveis da atenção à saúde (básica média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar);
- Como uma das estratégias para a adequada utilização de tecnologias, assim como para substituição e incorporação de novas;
- Como componente de ações programáticas que comprovadamente atenuem agravos de significância epidemiológica e contribuem na elevação dos níveis de saúde de populações estratégicas;
- Na adequada utilização da capacidade de resposta de cada nível de atenção;
- Na correta solicitação de exames propedêuticos e na indicação de terapias especializadas;
- Na adequada estruturação dos fluxos de referência e contra-referência entre os níveis de atenção;
- Para a adequada implantação e funcionamento das centrais de internação, consultas e exames;
- Como requisito para disponibilizar atenção à saúde de forma oportuna, ágil e adequada à necessidade do usuário;
- Em contribuir na adequação da oferta de serviços de saúde segundo a demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde;
- Como orientador das ações de controle assistencial de autorização e supervisão ambulatorial e hospitalar;
- Como requisito que pode imprimir qualidade aos serviços produzidos e pode servir para a avaliação desses;
- Como uma das ações que contribuem para ganhos de eficiência, eficácia e efetividade dos sistemas de saúde, dentre outras.

COMPLEXOS REGULADORES

São estruturas que congregam um conjunto de ações da regulação do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das reais necessidades de saúde da população. Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar os dispositivos de regulação do acesso como centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, e com outras funções da gestão como a programação e a regionalização**.** É o instrumento que permite absorver toda a assistência em uma estrutura de regulação, pois produz dados que estão relacionados com a resolubilidade real e não burocrática do sistema. Regular a oferta e a demanda por meio de Complexos Reguladores possibilita, portanto, a organização das ações de regulação do acesso de forma inteligente, no sentido de garantir a integralidade das ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade.

CENTRAIS DE REGULAÇÃO

A Central de Regulação é uma estrutura que compreende toda a ação-meio do processo regulatório, ou seja, é o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e agenda, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços. A informação atualizada da oferta de serviços é instrumento fundamental no processo de regulação, pois possibilita identificar os déficits e as falhas do sistema, bem como a tomada de decisões de forma consistente, eficaz e eficiente. Existem funções específicas das Centrais Reguladoras no sistema de saúde. Para a sua operação cotidiana são utilizados recursos normativos, materiais, humanos e financeiros determinados pelo perfil epidemiológico e pela organização do modelo assistencial da região, da natureza do que regula e do território de sua abrangência.

Objetivos da Central de Regulação:

- Atualizar as informações a partir dos bancos de dados do SUS;
- Registrar e dar resposta a todas as solicitações recebidas nas modalidades assistenciais envolvidas no seu escopo de atuação, ou seja, para as internações referenciadas de urgência, emergência e eletivas, consultas de especialidades e SADT, disponibilizados pelo setor público e privados conveniado/contratado;
- Identificar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, fundamentada em protocolos técnicos e balizada pela alocação de recursos e fluxos de referência pactuados na PPI;
- Exercer a autoridade sanitária no ordenamento da disponibilidade dos recursos assistenciais existentes no SUS;
- Referenciar demandas às esferas superiores quando os recursos pactuados no território abrangido pela Central de Regulação forem insuficientes para garantir o acesso assistencial;
- Disponibilizar relatórios ou quaisquer informações necessárias às atividades de gestão, controle, avaliação e auditoria;
- Disponibilizar informações para o acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

Atribuições da Central de Regulação;

- Gestão de leitos e agenda
- Gestão de demanda reprimida
- Construção de grades de referência e contra-referência
- Classificação de risco
- Construção e uso de protocolos
- Regulação das referências intermunicipais e interestaduais
- Gestão e controle de cotas
- Comunicação com a rede de serviços de saúde e usuários

A Central de Regulação poderá estar dividida em áreas específicas tais como:

- Central de regulação de urgências: regula a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar;
- Central de regulação de leitos e internações: regula as internações eletivas e de urgência;
- Central de Regulação de consultas, exames e procedimentos especializados de média e alta complexidade.

O aporte físico, tecnológico, estrutural e logístico da Central de Regulação guardará

correspondência com sua área de abrangência, com suas unidades de trabalho, com a densidade das áreas assistenciais associadas e com sua interface com processos de gestão do SUS, em especial com a área de controle e avaliação.

Pressupostos de implantação**:**

- Elaborar plano de ação, no qual estejam definidos a oferta de serviços e os fluxos preexistentes, a abrangência do Complexo Regulador (unidades e municípios solicitantes e executantes), e a previsão para sua expansão gradual;

- Definir e organizar a estrutura física e os recursos logísticos necessários ao seu funcionamento;

- Definir os protocolos clínicos a serem agregados e os protocolos operacionais que orientam a regulação, regras para a condução das rotinas e exceções das unidades da central de regulação, e a definição de atribuições e competências entre as unidades e municípios;

- Realizar seleção e treinamento dos recursos humanos.

Recursos necessários:

- Estrutura física adequada;

- Equipamentos de informática interligados em rede com as unidades que constituem a rede de assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, contando com servidores dimensionados;

- *Software*, incluindo geo-processamento, desenvolvido em linguagem que permita a interface com demais sistemas do Ministério da Saúde como SIA, SIH, PPI, CNES, FPO e Cartão Nacional de Saúde;

- Recursos humanos treinados (videofonistas, profissionais reguladores, autorizadores/auditores/supervisores, atendentes e pessoal de apoio);

- Linhas telefônicas;

- *Link* para acesso a Internet.

ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO

Para operacionalizar a Central de Regulação, é necessário que o gestor defina previamente a sua estratégia de regulação, que envolve a abrangência da Central, escopo da Central de Regulação, a definição de unidades solicitantes e unidades executantes e dos profissionais de regulação.

Abrangência da Central

Compreende a região geográfica de cobertura da Central de Regulação.

Pode ser:
- ✓ **Nacional**: agrupa estado e municípios do território nacional.
- ✓ **Estadual**: agrupa municípios de um estado.
- ✓ **Regional**: agrupa municípios de uma determinada região.
- ✓ **Municipal**: agrupa recursos assistenciais de um dado município.
- ✓ **Distrital**: agrupa recursos assistenciais de um distrito sanitário, dentro de um município.

Esfera Administrativa

Refere-se ao nível de governo responsável pela gestão dos recursos assistenciais vinculados à Central de Regulação. Pode ser o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde ou a combinação de mais de um desses níveis de governo.

A abrangência e respectiva gestão devem ser pactuadas, em processo democrático e solidário, entre as esferas de gestão do SUS.

Escopo da Central de Regulação

É a definição pelo Gestor de quais especialidades, quais procedimentos (internações, consultas e exames) serão regulados, e que profissionais de saúde estarão vinculados à Central de Regulação.

Dentro do escopo também são definidos os recursos físicos e financeiros alocados para atendimento à população própria e referenciada.

Unidades Solicitantes

São instituições de saúde às quais é permitido solicitar atendimentos à Central de Regulação. São consideradas unidades solicitantes junto à Central de Regulação:

- Unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades e unidades de pronto-atendimento da área de referência.
- Secretarias Municipais de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde.
- Centrais de regulação de outros municípios e regiões autorizados pelo gestor.
- Hospitais públicos e privados de menor complexidade.

As unidades solicitantes deverão ter senha de acesso à central fornecida pelo gestor. O acesso poderá ser feito por telefone ou por meio do sistema, para quem estiver em rede.

Unidades Executantes

São os estabelecimentos de saúde públicos e privados que, sob a concordância do respectivo gestor do SUS, ofertam sua capacidade física de atendimento (ou parte dela) para a Central de Regulação. Fazem parte da rede assistencial do SUS prestando serviços na área de consultas de especialidades, serviço de apoio diagnóstico e terapêutico e internações hospitalares, e são incorporados à Central de Regulação por meio do CNES.

Como implantar as Centrais de Regulação:

1. Definir e nomear o grupo de trabalho para planejar a estratégia e conduzir o cronograma de implantação.

2. Definir o responsável pela área tecnológica, com autonomia para tomada de decisões na gestão dessa área.

3. Definir e alocar a infra-estrutura necessária para a Central de Regulação como:

- Área física: local onde serão alojados os equipamentos e o pessoal que operacionalizará a Central de Regulação. Este local deverá garantir segurança e a continuidade do funcionamento dos equipamentos, em um ambiente com acesso restrito, proteção para ocorrência com fogo e desastres naturais, com climatização adequada e com mecanismos de garantia de funcionamento dos equipamentos essenciais em caso de interrupção do fornecimento de energia elétrica.

- Equipamentos e sistemas de apoio (bancos de dados e sistema operacional): aquisição e manutenção de computadores, aplicativos para banco de dados (dados sobre laudos, AIH's, APAC's, FCES, CNS, PPI), servidor WEB, licenças (se necessário).

- Conectividade: engloba a rede local da Central Reguladora e a rede para acesso remoto. A Central de Regulação requer uma rede local de alta disponibilidade/desempenho, lógica e fisicamente isoladas de outras redes, com o cabeamento de dados em instalações que garantam segurança. Na conexão com as unidades solicitantes e executantes (rede de acesso remoto) preferencialmente deve-se utilizar acesso em banda larga, a fim de garantir agilidade ao gerenciamento da regulação.

- Recursos Humanos: pessoal que trabalhará na operação, na administração, na regulação do acesso e na manutenção da Central de Regulação. O quantitativo será definido de acordo com o tamanho da rede assistencial que se pretende regular, mediante a assessoria do MS e do DATASUS. O perfil desejado para os profissionais depende da função desses no sistema, porém, os profissionais necessários são: coordenador, supervisor, regulador/autorizador e videofonista.

Funções dos profissionais da Central de Regulação:

- **Coordenador/gerente:** é o profissional responsável pela administração da Central de Regulação, possuindo autonomia para a tomada de decisões e para a execução das negociações e conduções pertinentes ao processo estabelecido entre prestadores, gestores e intergestores. Preferencialmente, executa a interlocução da central com o Gestor da Saúde.

- **Regulador/autorizador**: checa as evidências clínicas dos casos contidos nos laudos médicos, guias de referência e solicitação de procedimentos de alta complexidade. Autoriza e encaminha as internações, bem como as consultas e exames quando necessário, a partir das ofertas disponíveis no Sistema e necessidade do paciente, podendo alterar, quando procedente, os procedimentos solicitados.

- **Administrador**: coordena a distribuição do trabalho dos atendentes e videofonistas da Central, controla o estoque do material de consumo, solicita sempre que necessário o suporte local para solucionar problemas operacionais do sistema informatizado, administra e operacionaliza, insere usuários para o sistema informatizado, incluindo-os nos grupos de acesso, cadastrando as unidades administrativas e os profissionais de regulação, feriados, motivos de impedimento e demais procedimentos necessários ao funcionamento adequado da Central.

- **Videofonistas/Auxiliar de regulação**: atendem as ligações das unidades que não possuem computadores conectados à rede e servem como intermediários entre as Unidades de Saúde (solicitantes e/ou executantes) e a Central de Regulação. Solicitam, agendam e cancelam atendimentos de internação eletiva ou de consultas e exames, solicitam a ação do Regulador em caso de urgência/emergência ou quando surgirem situações que não permitam agendar o atendimento. Registram internações e dados complementares, transferem pacientes entre clínicas e Unidades Assistenciais, consultam o mapa de internações e a agenda de marcação de consultas e exames.

- **Administrador de Tecnologia da Informação:** profissional que garante a manutenção do sistema informatizado que operacionaliza a Central de Regulação, incluindo os equipamentos, a rede, os aplicativos e a base de dados.

4. Definir as unidades solicitantes.
5. Definir as unidades executantes.
6. Realizar a configuração da Central. Para configurar a Central e iniciar a sua operação será necessário:

- Atualizar e incluir o banco do CNES;
- Atualizar e incluir o banco do CNS
- Atualizar e incluir o banco da PPI;
- Incluir as unidades solicitantes, as executantes (prestadoras) e as unidades administrativas;
- Distribuir os limites físicos (cotas) de solicitação para cada unidade;
- Vincular os profissionais às unidades de lotação;
- Definir e incluir os grupos de acesso ao sistema e seu perfil;
- Criar os usuários do sistema e suas senhas;
- Cadastrar as escalas médicas;
- Definir e cadastrar os procedimentos que poderão ser liberados sob regulação;
- Definir e disponibilizar os relatórios operacionais, gerenciais e os indicadores para os diversos níveis da gestão e sua periodicidade para divulgação.

7. Definir o horário de funcionamento da Central, que pode variar de 8 a 24 horas, de acordo com os recursos disponíveis. No caso da Central de Regulação de Internações essa deve funcionar 24 horas por dia devido à ocorrência de internações de urgência/emergência.

8. Definir os protocolos assistenciais, instrumentos relevantes na estruturação dos complexos reguladores.

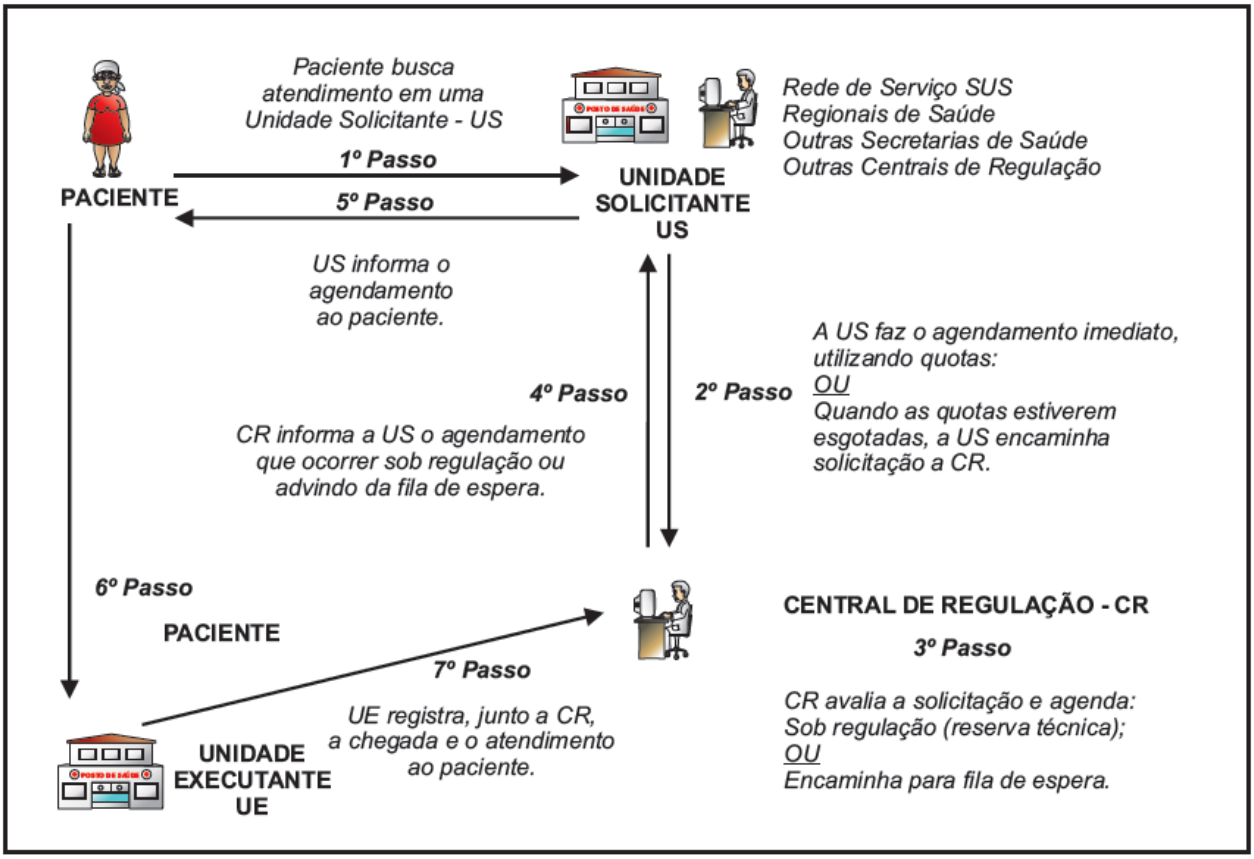
9. Definir as normas e rotinas operacionais, tais como:

- Normas de funcionamento da Central: horário, função e processo de trabalho de cada categoria profissional;
- Dados obrigatórios que deverão ser solicitados à unidade solicitante para efetuar o procedimento solicitado, dentro do escopo de atuação da Central;
- Serviços auxiliares que deverão ser acionados para complementar o fluxo do atendimento;
- Informações que deverão ser repassadas às unidades para qualificar o atendimento;

Para a implantação dos protocolos em toda a rede, e para a implantação efetiva da regulação do acesso, o caminho deverá ser sempre a busca de consensos entre os profissionais na organização da atenção, tomando a saúde enquanto um bem inseparável da vida e um direito do cidadão.

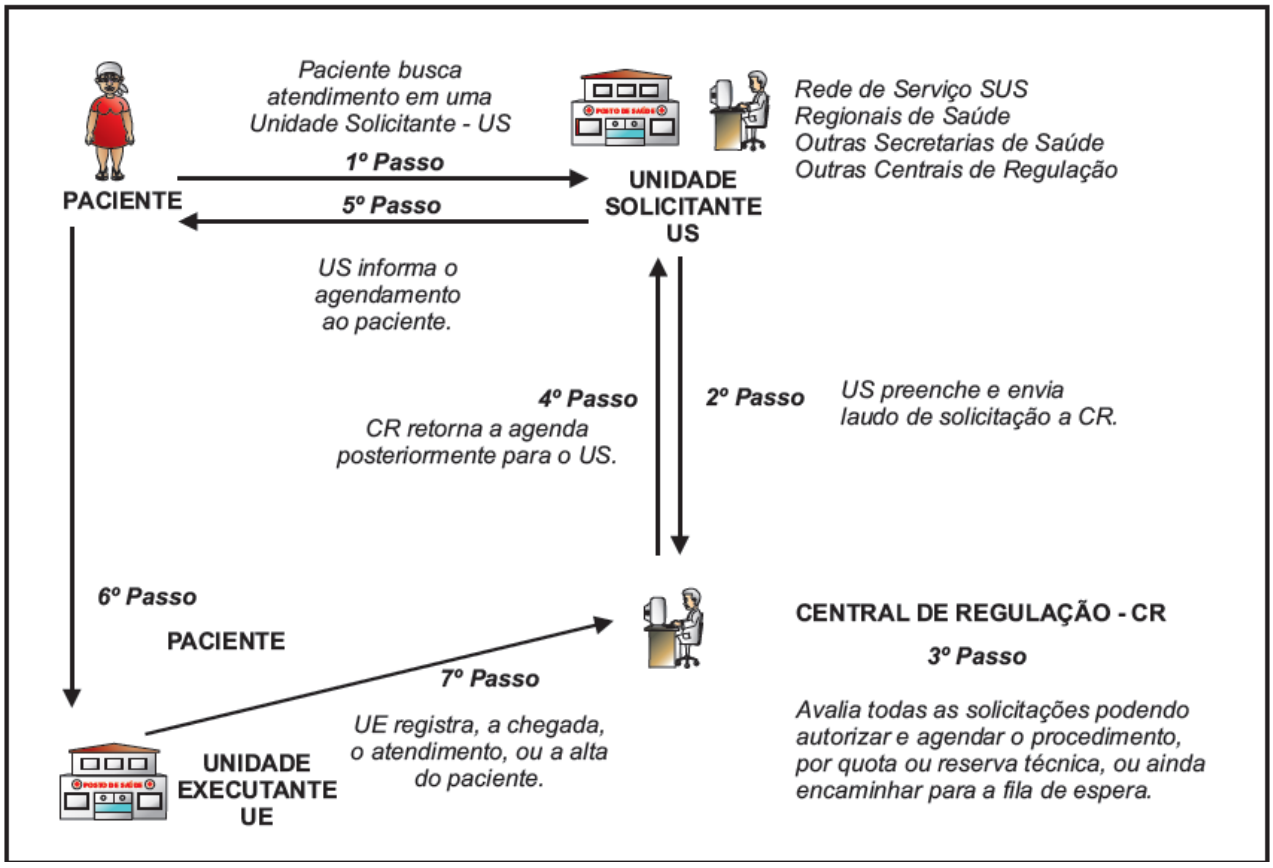
A seguir, a figura 1 apresenta o esquema de fluxo de atendimento letivo regulado sem autorização prévia e a figura 2 apresenta o esquema de fluxo de atendimento regulado com autorização prévia.

Figura 1 – Fluxo de atendimento eletivo regulado, sem autorização prévia.



Fonte: adaptado de (BRASIL, 2006)

Figura 2 – Fluxo de atendimento eletivo regulado, com autorização prévia.



Fonte: adaptado de (BRASIL, 2006)

SISTEMAS INFORMATIZADOS

São sistemas utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções da Central de Regulação.

São **objetivos** de um sistema informatizado de regulação:

- Distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
- Distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
- Acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios;
- Permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
- Identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
- Subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;
- Permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.
- Para atingir os objetivos propostos e operar a Central de Regulação, um sistema de regulação deverá ter as seguintes **funcionalidades**.
- Configurar controle de acesso dos usuários ao sistema informatizado.
- Configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante ou solicitante) e a oferta e complexidade da mesma.
- Configurar a PPI para a população própria e referenciada, a sua validade e o controle financeiro (opcional).
- Configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro (opcional).
- Permitir a hierarquização entre as Centrais de Regulação.
- Interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH).
- Gerar arquivos para bases de dados nacionais.
- Gerar relatórios operacionais e gerenciais.
- Para possibilitar ações regulatórias para consultas, exames e internações, faz–se necessário que o sistema consiga:
- Gerar agenda por especialidade, sub-especialidade, profissional e período de validade da mesma;
- Distribuir cotas por unidade solicitante e por tipos de consultas/procedimentos: 1ª vez e retorno;
- Possibilitar o gerenciamento da fila de espera por prioridade, procedimento, CID com a identificação dos pacientes;
- Configurar impedimentos por estabelecimento e profissional;
- Gerar mapa de leitos com atualização dinâmica;
- Autorizar e encaminhar pacientes com a configuração da grade de referência, indicação de prioridades, geração de AIH's, APAC's;
- Acompanhar a alocação de leitos de urgência e eletivos por clínica e prestador;
- Controlar o fluxo dos pacientes nas unidades terciárias (admissão, acompanhamento da internação e alta) e secundárias (solicitação, agendamento e atendimento);
- Acompanhar os atendimentos e internações agendadas;
- Detectar a ocorrência de cancelamentos de internações, e a não execução de consultas e exames por motivo definido e impedimentos de agendas;
- Subsidiar os setores de controle, avaliação e auditoria no que se refere ao faturamento em alta e média complexidade ambulatorial e hospitalar e a qualidade da assistência;
- O Ministério da Saúde sistematizou as funcionalidades descritas acima no novo Sistema de Regulação em Saúde (SISREG), escrito em linguagem C e PERL, que utiliza o sistema operacional LINUX e o banco de dados PostgreSQL, funcionando em plataforma WEB, com o DATACENTER (servidores) instalado no DATASUS/Brasília, constituído de dois módulos independentes:
- Central de Regulação de Consultas e Exames;
- Central de Internação Hospitalar.

CENTRAL NACIONAL DE REGULAÇÃO DE ALTO CUSTO (CNRAC)

Para instituir o fluxo interestadual de pacientes, para execução de determinados procedimentos de alta complexidade, nas áreas de oncologia, neurocirurgia, cardiologia, traumato-ortopedia, foi instituída a Central Nacional de Regulação de Alto custo(CNRAC), com componente estadual e municipal através das Centrais Estaduais de Regulação de Alto custo(CERAC).

As informações tramitam integralmente em meio informatizado, restrito aos agentes do processo estabelecido, contemplando desde a inclusão do paciente que necessita de um procedimento de alto custo não oferecido ou insuficiente em seu Estado, até a confirmação do deslocamento do paciente e agendamento do procedimento no estado executante.

Cabe à CNRAC promover a comunicação entre as diversas CERAC, sejam elas solicitantes ou executantes dos procedimentos, e relacionar-se com os hospitais consultores, a fim de estabelecer critérios de inclusão, avaliação de suficiência, pareceres técnicos e protocolos.

A CERAC solicitante é a responsável pelo cadastro do paciente na CNRAC e pela inclusão do laudo médico no sistema informatizado, sendo responsável também pelo deslocamento do paciente e do acompanhante (TFD), se necessário, garantindo a chegada em tempo hábil para a realização do procedimento, bem como o retorno ao estado de origem.

A CERAC executante deve receber a solicitação da CNRAC, identificar a unidade hospitalar que pode realizar o procedimento e agendá-lo, repassando todas as informações para o sistema informatizado. Cabe a CERAC executante, portanto, a sinalização e a garantia do acesso à unidade responsável pela realização do procedimento.

As informações tramitam integralmente em meio informatizado, restrito aos agentes do processo estabelecido, desde inclusão do paciente que necessita de um procedimento de alto custo não oferecido ou insuficiente em seu Estado, até a alta do paciente.

PROCESSO AUTORIZATIVO

A organização da rede é feita com base nos parâmetros de necessidade e na disponibilidade dos serviços de saúde. A capacidade instalada (física e de recursos materiais e humanos) de cada estabelecimento define a respectiva produção potencial, que deve ser ajustada à disponibilidade orçamentária e financeira, para definir a contratação dos serviços. Parâmetros encontram-se definidos na Portaria 1.101/2002, em outras portarias de áreas específicas e outros documentos e manuais. A programação das internações pode ser feita por clínica ou por procedimentos do SIH e baseia-se no número de leitos, na média de permanência e na taxa de ocupação.

A programação dos estabelecimentos (FPO e de internações) deve guardar estrita compatibilidade com o desenho da rede loco-regional e a programação global do sistema como um todo (PPI).

A autorização para internação ou procedimento de alta complexidade é por definição, prévia à execução dos procedimentos e envolve a análise do laudo e a compatibilização com as normas existentes. Ela é um importante instrumento de gestão, especialmente para orientar o sistema de saúde na lógica da necessidade e não na da oferta de serviços.

Nos casos de laudos eletivos, estes serão emitidos pelas unidades assistenciais e passarão previamente pelas instâncias autorizativas, que poderão estar organizadas de acordo com a complexidade dos serviços existentes.

Assim podemos ter, com relação às internações, instâncias de autorização de cirurgias eletivas na média complexidade e as dos serviços de alto custo como Cardiovascular, Neurocirúrgico e Ortopedia, além dos casos específicos de Tratamentos Fora do Domicílio (TFD).

Cabe ressaltar que os procedimentos eletivos de pacientes referenciados são avaliados para autorização de TFD em relação à Programação Pactuada Integrada (PPI). A autorização é obrigatória para a emissão de Autorização de Internação Hospitalar - AIH e de Autorização de Procedimentos de Alto custo- APAC, porém o controle das ações e serviços pode incluir nessa exigência outros procedimentos cujo acesso encontre-se estrangulado e que possam comprometer a propedêutica dentro de uma determinada linha de cuidado. Essa medida visa fortalecer as negociações com os prestadores que geralmente têm interesse por alguns procedimentos específicos da alta complexidade; além de justificar a amplitude do termo alta complexidade, superando o custo como único critério de inclusão de um procedimento no conjunto da alta complexidade.

A produção de Terapia Renal Substitutiva, Radioterapia, Quimioterapia, Hemodinâmica, Saúde Mental, Litotripsia, além de procedimentos considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, tais como as campanhas nacionais, passaram a alimentar o SIA-SUS com informações importantes para que o gestor conheça o perfil dos usuários e regule o sistema. Esses procedimentos considerados de alto custo necessitam de autorização prévia em laudos padronizados, assim como, os procedimentos de internação hospitalar.

Os laudos de APAC foram uniformizados e estão disponíveis na Portaria SAS 768 de 26/10/2006. O laudo de solicitação de AIH foi revisado em função da implantação do SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado pela Portaria SAS 743 de 22/12/2005, de fácil acesso no site do SIA e SIH do DATASUS. (http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php).

Sistema de autorização de procedimentos especializados – Módulo Autorizador

Com objetivo de descentralizar as ações de saúde para as secretarias estaduais e municipais de saúde que não possuam estrutura para implantação de complexos reguladores, o Ministério da Saúde disponibiliza um sistema informatizado monousuário que registra a autorização dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade do SUS. O sistema de autorização de procedimentos especializados utiliza como premissa a autorização prévia dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais podendo ser instalado na base local do município, permitindo maior qualidade e controle da emissão e das informações das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Autorizações de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo (APAC), além de permitir a comparação entre o autorizado e o apresentado. Sua utilização elimina a necessidade de impressão dos formulários da APAC e AIH.

O Sistema de Autorização de Procedimentos Especializados poderá ser integrado ao Sistema de Regulação (SISREG), com o propósito de identificar as solicitações formuladas pelos municípios integrantes do processo de pactuação.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 1.559, de 17 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 agosto 2008. Seção 1, p.48-49.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Modelo de regimento para regulamentar o funcionamento das centrais de regulação.** Brasília, DF**,** 2002. Mimeografado. Circulação interna.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle, regulação e avaliação**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores.** Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 6).

CALEMAN, G.; SANCHES, M. C.; MOREIRA, M. L. **Auditoria, controle e programação de serviços de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série saúde e cidadania).

GARIGLIO, M. T.; MARQUES, Z. F. A.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Projeto de estruturação da atenção secundária para o SUS–BH. **Saúde Digital**, Belo Horizonte, fev. 2003.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. **Pensar BH Política Social**. Belo Horizonte – n. 2, fev./abr. 2002.

MARQUES, Z. F. A.; GARIGLIO, M. T. **A Regulação como estratégia para a gestão do Sistema de Saúde**. Belo Horizonte, maio de 2002. Trabalho apresentado para a disciplina Gestão de Sistemas e Avaliação de Serviços de Saúde do Mestrado em Saúde Pública da UFMG. Mimeografado.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

ATIVIDADES EM DISPERSÃO

Objetivo:

- Estimular a integração teoria e pratica, possibilitando aos participantes a aplicação dos conhecimentos na sua pratica cotidiana.

As atividades em dispersão devem ser realizadas preferencialmente com sua equipe no serviço, ou em grupo com participantes da mesma instituição (também pode ser feita individualmente).

A carga horária dessas atividades é de 12 horas que compõem a carga horária total do curso.

Atividades:

A partir de seu contexto de trabalho, observe, pesquise e responda:

1. Como se deu a implantação do SUS em sua cidade ou Estado?
2. Já foi feita alguma discussão sobre o Modelo de Atenção à Saúde?
3. Qual o modelo de atenção predominante nas práticas de saúde?
4. Quais são as práticas de planejamento existentes? Há envolvimento das equipes? Como?
5. Como é o financiamento?
6. Como funciona o Conselho de Saúde?
7. Como está organizada a regulação da atenção?
8. Como se dá a regulação do acesso?
9. Quais os mecanismos para contratualização?

Informações em saúde:

Pesquise como estão organizadas as informações em saúde:

Quem gerencia os principais sistemas SIA, SIH, SIM, SINASC, SISPRENATAL, HIPERDIA, SINAN, SIAB, CNES, etc. Quem os alimenta? Há divulgação das informações? Como?

Organize as informações levantadas considerando os seguintes pontos:

- Qual a dificuldade que você teve em obter as informações?
- Como você relaciona as várias informações?
- Que tipo de conhecimento elas permitem obter?
- Como se pode compará-las?
- Como analisar frente à realidade local?
- Quais as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria, relacionadas?

Sistematize as conclusões num relatório que deverá ser entregue (em papel e arquivo eletrônico) e apresentado na Oficina 3.1.

MÓDULO 3

CONTROLE E AVALIAÇÃO NO SUS

- **Oficina 3.1 – Informação em Saúde**
- **Oficina 3.2 – Controle da Atenção à Saúde**
- **Oficina 3.3 – Monitoramento da Atenção à Saúde**
- **Oficina 3.4 – Avaliação da Atenção à Saúde**

Oficina 3.1. Informação em Saúde

Objetivo:

- Promover a reflexão e afirmar a importância do uso e produção das informações em saúde, atualizando suas estratégias e especificidades no SUS.

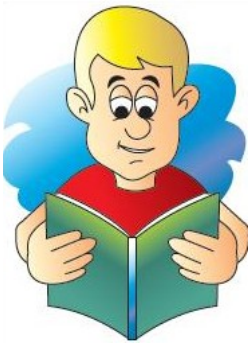
Conteúdos:

- Informação em Saúde
- Sistemas de Informações
- Dados e informações
- Construção e uso de indicadores
- Importância dos sistemas de informações para a regulação, controle, avaliação e auditoria

Atividades:

1. Em plenária participe do exercício "Notícia Quente", contribuindo com a discussão e sistematização das informações.
2. Em grupo, apresente e discuta o resultado da atividade de dispersão, considerando as questões abaixo:
    a. Qual a dificuldade que você teve em obter as informações em saúde?
    b. Como você relaciona as várias informações?
    c. Que tipo de conhecimento elas permitem obter?
    d. Que análise é possível fazer das informações em saúde frente à realidade local?
    e. Quais as ações de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria, relacionadas às informações coletadas?
3. Leia o texto base dessa Oficina – págs. 148 a 154.
4. Sistematize as conclusões e apresente em plenária.
5. Apresentem em plenária as conclusões da atividade anterior.
6. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag. 155.

INFORMAÇÃO EM SAÚDE



As informações estão sempre presentes no nosso cotidiano e participam diretamente de todas as decisões que tomamos todos os dias. Elas acabam refletindo assim as nossas concepções, valores, intenções, a nossa visão de mundo, além de outras peculiaridades de quem as esteja utilizando e influem diretamente nas decisões que tomamos.

A informação é o produto obtido a partir de uma combinação de dados, de avaliação e do juízo que fazemos sobre determinada situação. É um importante recurso para subsidiar o processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações realizadas. Os conceitos de "dado" e "informação" são dependentes do observador, sendo necessário relativizar estes conceitos, colocando-se "onde" (em que posição) situa-se aquele que está problematizando uma determinada situação.

O grande desafio não é somente ter acesso à informação: é preciso saber fazer uso dessa informação. Assim, buscamos as respostas capazes de subsidiar, com o menor grau de incerteza possível, as decisões sobre as ações a serem desencadeadas para que sejam alcançados os objetivos que previamente definimos.

O processo de gestão do setor saúde exige a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social. As informações podem atuar como um meio para diminuir o grau de incerteza sobre determinada situação de saúde, apoiando o processo de tomada de decisão.

SISTEMAS DE INFORMAÇÕES

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

O sistema que produz a informação intervém em três grandes setores: onde se originam os dados, onde são processados e onde são avaliados. O objetivo é chegar a conclusões sobre o grau de aproximação das atividades executadas com os parâmetros de referência existentes, para que se possam tomar decisões mais apropriadas.

Um Sistema de Saúde tem muitos componentes (centros de saúde, ambulatórios de especialidades, farmácias, hospitais etc.) que produzem vários tipos de ações (consultas médicas e procedimentos, internações, vacinação, ações de vigilâncias sanitária e epidemiológica). Entretanto, para que esse conjunto de ações possa ser considerado um sistema, faz-se necessário uma interligação e uma interação entre estes componentes resultando numa ação organizada que produzirá respostas às necessidades de saúde de uma determinada população. Todas as atividades realizadas por um sistema de saúde podem gerar dados.

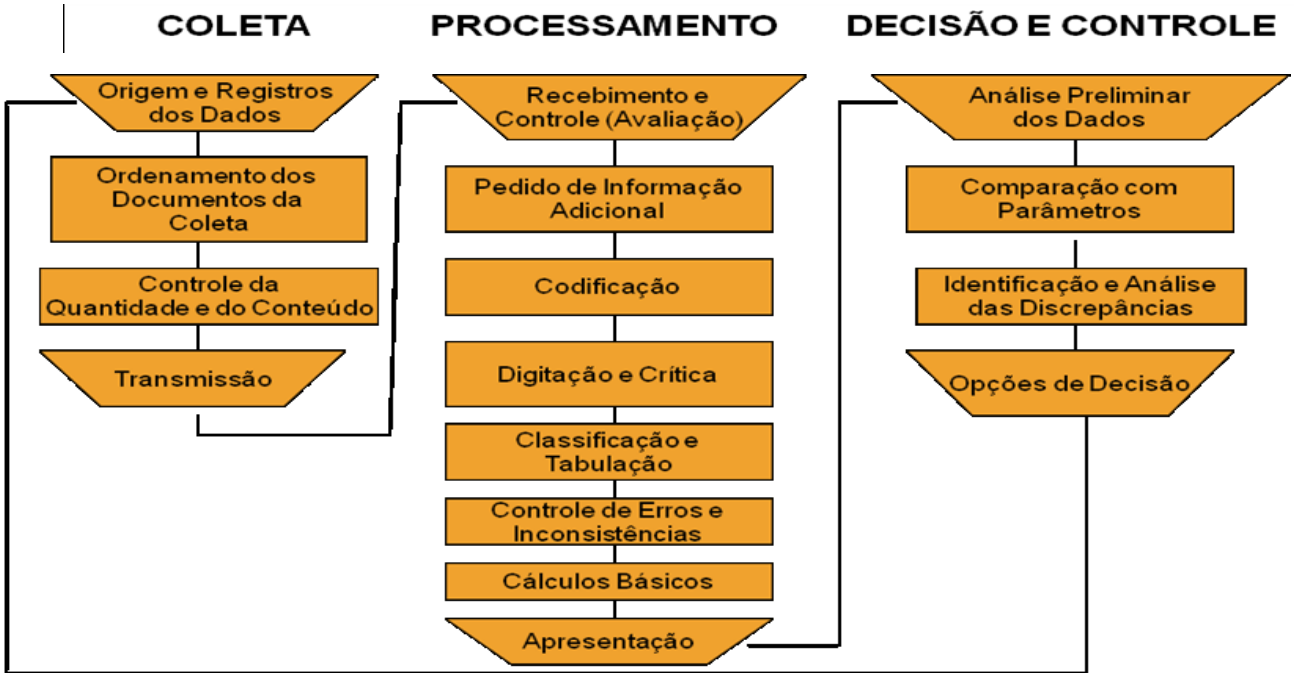
Todos os sistemas de informação em saúde dos estados e municípios se integram aos sistemas nacionais correspondentes, alimentando seus bancos de dados e utilizando formulários padronizados de registro que cobrem todos os serviços públicos de saúde.

Conhecer os passos de cada uma das etapas de um Sistema de Informações pode garantir a fidedignidade das bases de dados, a permanência e a plena utilização das mesmas, estas são:

- **Coleta de dados**: a geração e o registro de dados devem ser padronizados (exemplo: definição do que seja primeira consulta deve ser a mesma para todo o sistema de saúde).
- **Processamento dos dados**: deve contemplar a recepção, a codificação, a tabulação, os cálculos básicos, o controle de erros e inconsistências, o armazenamento, a manutenção, a recuperação e a disponibilização dos dados.
- **Produção e disseminação das informações**: os dados devem ser tratados segundo as necessidades de informações demandadas. Os cálculos de indicadores, a elaboração de gráficos e tabelas, os mapas temáticos e outros formatos de apresentação das informações produzidas devem ser feitos levando-se em consideração as competências, as necessidades e os formatos mais adequados para diferentes usuários.

A figura 1 a seguir apresenta os principais componentes de cada etapa.

Figura 1 – Etapas de um sistema de informação.



Fonte: Adaptado de (MORAES, 1994)

Os componentes devem atuar de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar o processo de tomada de decisões, de planejamento, de financiamento e de avaliação num sistema de saúde.

DADOS E INFORMAÇÕES

Dado é uma descrição limitada do real, desvinculada de um referencial explicativo e difícil de ser utilizada como informação por ser ininteligível.

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

Todos os dados a serem coletados devem ser justificados pelas informações a serem geradas. Os dados não falam por si; eles são como matéria bruta sobre a qual podemos trabalhar juntando-os, correlacionando-os, contrapondo-os, buscando produzir informações que se traduzam em uma interpretação sobre uma dada situação.

Informação é uma descrição mais completa do real associada a um referencial explicativo sistemático. Pode se dizer que é a representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo. É, portanto a ponte entre fatos da realidade ou as ideias de algumas pessoas e o exercício da cidadania.

A eficácia dos processos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação são fundamentais para o monitoramento e a avaliação do estado de saúde da população e para o planejamento, a organização e pleno funcionamento dos serviços de saúde.

Assim, o mais importante é a capacidade de se definir quais as informações e, conseqüentemente, quais dados são pertinentes e realmente necessários para responder perguntas que nos possibilitem conhecer, avaliar e decidir como agir numa determinada situação.

Para definição das informações necessárias deve-se, no mínimo, considerar as seguintes questões:

- Por que essa informação deve ser produzida?
- Para que será utilizada?
- Quem vai utilizá-la?
- Como será utilizada (formato, fluxo e periodicidade)?
- Por quanto tempo será útil essa informação?
- Ela deve ser produzida pelo sistema de informação em saúde ou obtida por meio de um estudo ou pesquisa pontual?

O processo de gestão no setor da saúde demanda a produção de informações que possam apoiar um contínuo conhecer, decidir, agir, avaliar e novamente decidir.

Um sistema de informações em saúde deve produzir informações que não apenas possibilitem avaliar uma determinada situação de saúde e auxiliar na tomada de decisões sobre respostas a serem implementadas, mas também permitir o acompanhamento e o controle da execução (eficiência e eficácia) das ações propostas e avaliar o impacto (efetividade) alcançado sobre a situação de saúde inicial.

A explosão tecnológica da informática, tratada como um objeto de consumo e símbolo de status vem contribuindo para transformar o processo de geração de informações como um fim em si mesmo. Ao contrário, a informática deve permitir o compartilhamento e a análise de dados originários de diversas fontes para avaliação, armazenamento, recuperação e disseminação das informações. O processo de informatização deve considerar os objetivos e as necessidades de informação de interesse nacional, estadual, regional e municipal. Os atuais sistemas de abrangência nacional refletem o nível do desenvolvimento do modelo de atenção na maior parte do país.

A tecnologia, por si só, não garante que nenhum sistema de informação seja efetivamente utilizado, nem que o processo de tomada de decisões seja efetivamente orientado pelas informações geradas. O grande desafio colocado para organizar e usufruir um sistema de informação em saúde é ter clareza da concepção, do modelo e das informações necessárias. O imprescindível é ter-se consciência do que se quer construir e aonde se quer chegar.

CONSTRUÇÃO E USO DE INDICADORES

Para trabalharmos a definição de indicador, vamos recorrer à categoria de "distinção" proposta por Spencer-Brown (1972): "Uma distinção divide o mundo em duas partes, este (próximo do "eu") e esse (próximo do outro). Uma das mais fundamentais de todas as atividades humanas é fazer distinção".

Quando uma distinção é feita em função de um propósito concreto por quem distingue, fala-se de uma indicação. Desse modo, a avaliação, o conhecimento e as propostas de intervenção sobre uma situação são um encadeamento de indicações e são auto-referidas.

A indicação não está motivada apenas pelo propósito de conhecer, mas também pelo propósito de agir e, dessa forma, transformar a realidade compreendida na situação indicada. A indicação é um modo de fazer uma "leitura" do mundo, para, então, agir sobre ele. Conseqüentemente, uma determinada situação admite muitas indicações.

Um indicador será, portanto, uma representação, numérica ou não, que, considerando as nossas referências e critérios, nos permite, a partir da "preferência" que damos a determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças etc.), produzir informações visando elaborar um conhecimento (quantitativo ou qualitativo) sobre uma determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado. Dessa forma, o processo de produção de informações, além de contínuo, deve ser suficientemente sensível para captar as transformações que ocorrem numa situação de saúde.

As várias unidades operacionais do sistema de saúde geram dados e informações que podem ser consideradas estratégicas, voltadas para uma avaliação permanente das respostas que podem ou não estar sendo produzidas, e o impacto resultante sobre uma determinada situação de saúde.

Exemplificando:

- Um sistema de informação ambulatorial que forneça os dados sobre a produtividade de consultas de gineco-obstetrícia pode informar também sobre a cobertura de gestantes alcançadas com as consultas de pré-natal disponibilizadas.

- Um sistema de informação hospitalar informa sobre a ocorrência de complicações ligadas à gravidez, ao parto, ao puerpério e também ao recém-nascido.

- Um sistema de informação sobre mortalidade informa sobre os índices de mortalidade materna e neonatal.

De fato, a combinação desses subsistemas pode permitir uma avaliação das respostas (produtividade de consultas de pré-natal + ocorrência de complicações maternas) assim como o impacto (índices de mortalidade materna e neonatal) sobre uma determinada situação de saúde.

Basicamente, um sistema de informação deve produzir indicadores que sejam capazes de medir:

- a eficiência na utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível, evitando desperdícios;

- a eficácia das ações produzidas no sentido do alcance dos melhores resultados possíveis, principalmente com relação à cobertura (número de pessoas atingidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa);

- a efetividade no alcance de transformações concretas da situação de saúde, coerentes com os objetivos propostos pela gestão.

Fica clara, assim, a importância de saber-se trabalhar com indicadores de saúde. Eles permitem obter os conhecimentos necessários, sem a correspondente necessidade de se

coletar e processar uma infinidade de dados.

A qualidade dos indicadores escolhidos é fundamental e formular indicadores de qualidade é um grande desafio, pois eles devem contemplar:

1. Simplicidade: devem ser fáceis de calcular.

2. Validade: devem ser função das características que se deseja medir.

3. Disponibilidade: devem usar dados habitualmente disponíveis ou de fácil obtenção.

4. Robustez: devem ser pouco sensíveis às deficiências dos dados necessários à sua construção.

5. Sinteticidade: devem refletir o efeito do maior número possível de fatores.

6. Discriminatoriedade: devem possuir um alto poder discriminatório para os vários níveis de condição de saúde e indicar possíveis alterações que ocorram ao longo do tempo.

7. Cobertura: devem referir-se, tanto quanto possível, a cada país ou território como um todo, permitindo que, por meio da comparação, possa-se chegar a uma avaliação.

Com certeza, não existem indicadores que, isoladamente, sejam capazes de contemplar todos os atributos de qualidade listados. Portanto, é necessária a escolha de um conjunto de indicadores e essa escolha deve decorrer das perguntas que buscamos responder e do tipo de decisão que se quer apoiar.

1. Usos dos indicadores de eficiência para avaliação quanto à utilização dos recursos disponíveis e da estrutura do sistema de saúde.

   a) Produtividade: por tipo de procedimento (consultas, exames laboratoriais).

   b) Utilização da capacidade instalada: rede física.

   c) Utilização da capacidade operacional: recursos humanos.

   d) Distribuição dos gastos por tipo de atenção prestada: ambulatorial (básica e especializada), hospitalar e urgência, apoio diagnóstico e terapêutico.

2. Usos dos indicadores de eficácia para avaliação dos resultados alcançados pelas ações que foram produzidas considerando a cobertura (quantos foram atingidos), a concentração (quanto foi oferecido) e a resolubilidade (como foi respondido) e também podem proporcionar avaliação do processo de trabalho em saúde.

   a) Cobertura alcançada por meio das ações produzidas (consultas, vacinas, partos etc.).

   b) Concentração de procedimentos oferecidos (exemplo: quantitativo de consultas de pré-natal por gestante).

   c) Resolubilidade da atenção (exemplo: proporção de altas em relação às consultas oferecidas).

3. Usos dos indicadores de efetividade para avaliação do impacto sobre a situação de

saúde, considerando as respostas produzidas pelo sistema de saúde, e também aquelas geradas por outros setores (educação, saneamento etc.): indicadores de mortalidade, indicadores de morbidade, indicadores demográficos e indicadores socioeconômicos.

A IMPORTÂNCIA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES PARA A REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

São vários os sistemas de informação importantes para as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria. Podemos dividi-los, nesse momento, em sistemas que servem às análises epidemiológicas, dentre os quais destacamos:

- SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
- SIM – Sistema de Informações de Mortalidade
- SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação Compulsória
- SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

Existem outros sistemas e aplicativos relacionados à atenção à saúde, como:

- SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica
- SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.
- SISCOLO E SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer da Mulher
- HIPER DIA – Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes

Os sistemas de informações mais diretamente relacionados à prática da regulação, controle, avaliação e auditoria dizem respeito ao cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde e aos relativos à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares:

- SCNES – Sistema do Cadastro Nacional Sistema de Estabelecimento de Saúde. O Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) instituído em 2000, já foi abordado na oficina da regulação.
- SIH – Sistema de Informações Hospitalares - Este Sistema processa as Autorizações para Internação Hospitalar (AIH), disponibilizando informações sobre cada hospital que integra o SUS e as principais causas de internação e alguns indicadores de atenção hospitalar como tempo média de permanência, Taxa de mortalidade, diárias de UTI, entre outros.
- SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais: informa a capacidade programada e a produção ambulatorial, ou seja, os procedimentos realizados.
- SISCNS – Sistema do Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos realizados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde onde foi realizado. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de 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 ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos mesmos.

É importante que as informações dos diferentes níveis circulem entre eles, por exemplo, que as equipes do PSF recebam as informações quanto à internação de seus pacientes, que os especialistas saibam quantos pacientes estão sendo atendidos pelos generalistas, e assim por diante.

Dentre os objetivos do projeto do cartão SUS, destacam-se:

- construção de uma base de dados de histórico clínico,
- imediata identificação do usuário e agilidade no atendimento;
- possibilidade de revisão do processo de compra e dispensação de medicamentos;
- integração de sistemas de informação;
- acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, acompanhamento do processo de referência e contra-referência dos pacientes;
- revisão dos critérios de financiamento da atenção à saúde;
- acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde;
- auxílio na identificação de áreas problemáticas e na formulação de políticas, pela agilização da disponibilidade das informações gerenciais.

Além desses sistemas, a Portaria nº 221/GM, de 24 de março de 1999, instituiu o preenchimento da Comunicação de Internação Hospitalar- CIH e determinou que todas as unidades hospitalares situadas no território nacional, públicas e privadas, integrantes ou não do SUS, passem a informar ao MS por intermédio do gestor local do SUS a ocorrência de todos os eventos de internação hospitalar, independentemente da fonte de remuneração dos serviços prestados.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 16 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações básicas para utilização de sistemas informatizados em auditoria no SUS**. Ed. rev. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.043 de 16 de outubro de 1996. Determina a implantação da APAC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 de out. de 1996. Seção 1, p. 20798.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de fev. de 1999. Seção 1, p. 116.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 403 de 20 de outubro de 2000. Cria o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de out. de 2000. Seção 1, p. 56.

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

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 423, de 09 de julho de 2002. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 de jun. de 2002. Seção 1, p. 97.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 325 de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 22 de fev.de 2008. p. 37.

_____. Ministério da Saúde. **Regulação no setor saúde**: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle, regulação e avaliação**. Brasília, DF, 2002.

CALEMAN, G.; DUCCI, L.; MOREIRA, M. L. **Informações, controle e avaliação do atendimento hospitalar SUS**. Brasília, DF: OPAS/OMS, 1995. (Série desenvolvimento de serviços de saúde, n. 14).

CARVALHO, A. O.; EDUARDO, M. B. P. **Sistemas de informação em saúde para municípios**. São Paulo: IDS/FSP/USP, 1998. (Série saúde e cidadania, v. 6.).

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de informação em saúde**: conceitos fundamentais e organização. Belo Horizonte: Nescon/Faculdade de Medicina/UFMG, 1998-1999. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000001778>. Acesso em: 25 maio 2005..

MARQUES, Z. F. A.; GARIGLIO, M. T. **A regulação como estratégia para a gestão do sistema de saúde**. Belo Horizonte, maio 2002. Mimeografado

MORAES, I. H. S. **Informação em saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994. v. 1.

SANTOS, F. P. O novo papel do município na gestão da saúde: o desenvolvimento do controle e avaliação. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org). **Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**:reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

SCHMIDT, M. I. Diabetes Melito: diagnóstico, classificação e abordagem inicial. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. A.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed,2004.

SPENCER-BROWN, G. **Laws of form**. New York: Julien Press, 1972.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 3.2. Controle da Atenção à Saúde

Objetivo:

- Revisar e atualizar as práticas de controle das ações de assistência no SUS.

Conteúdos:

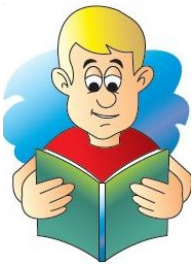
- Evolução das ações de controle da Atenção á Saúde
- Processos de trabalho inerentes ao controle das ações e serviços de saúde no SUS
- Tabela unificada de procedimentos, medicamentos e insumos estratégicos
- Controle da assistência ambulatorial
- Controle da assistência hospitalar

Atividades:

1. Assista ao vídeo "Quem mexeu no meu Queijo?" em plenária, participe de debate correlacionando o vídeo com o tema desta Oficina.
2. Em grupo, leia e discuta o texto base desta Oficina págs. 158 a 167 e reflita sobre as seguintes questões:
   - Qual a importância do processo de descentralização do processamento do SIA/SIH e da unificação da tabela?
   - Qual o fluxo das informações ambulatoriais e hospitalares e os instrumentos de registro?
   - Qual a importância dos atributos da Tabela Unificada e das críticas dos sistemas de informação para o controle da produção dos serviços?
   - Qual o papel da revisão ambulatorial e hospitalar para o controle da produção dos serviços?

   Sistematize as conclusões do grupo para apresentação em plenária.

3. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior e participe do debate sobre a importância do controle para a gestão do SUS.
4. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag. 168.



EVOLUÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA ATENÇÃO À SAÚDE

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

Se o INAMPS atuava junto aos prestadores privados contratados utilizando como ferramentas formulários de captura de dados de produção visando autorização de gastos, essa visão é insuficiente em um sistema de saúde universal e de assistência integral. Com o SUS o controle ganhou aspectos muito mais amplos, embora utilize das mesmas ferramentas: os sistemas de informação de produção.

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

A história do SUS e do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) mostra que a constituição de instâncias de controle e avaliação se deu de forma concomitante e atrelada à construção de sistemas de informações da assistência à saúde, com suas respectivas tabelas de procedimentos que passaram a fomentar uma grande base histórica de dados da produção ambulatorial e hospitalar. Para o controle de gastos com a atenção hospitalar utilizou-se, de 1976 a 1983, a Guia de Internação Hospitalar (GIH), que pagava por atos e insumos e constituía o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH). A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) foi criada em 1981 e implementada em nível nacional em 1984, e pagava por procedimentos (conjunto de atos e insumos) com valores pré-definidos. Ela alimentou, até 1991, o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que foi substituído pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH), vigente até hoje. Para o controle dos gastos com a atenção ambulatorial, o Inamps utilizava as guias de pagamentos globais dos serviços prestados como a Autorização de Pagamentos e, de 1984 a 1998, a Guia de Autorização de Pagamento (GAP). Tais formas de controle da produção ambulatorial foram substituídas por um novo sistema de informações, baseado no registro e no pagamento de procedimentos, denominado Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

Esse sistema é citado na NOB 91 e definido na NOB 92, juntamente com novo sistema para as AIHs – SIH. O SIA começou a ser implantado em alguns estados a partir de 1991, sendo implantado nacionalmente, em 1994. Diferente do SIH, o SIA não exigia dados dos usuários, mas registros dos quantitativos mensais de procedimentos por níveis de complexidade ou especialidade, realizados em cada estabelecimento e informados por meio de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). As principais ações de controle executadas pelo INAMPS eram baseadas na revisão dos prontuários médicos dos hospitais, dos formulários das AIHs, das GAPs de clínicas e laboratórios e, posteriormente, dos BPAs. No processo de descentralização desencadeado pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1988, que transferiu unidades, trabalhadores e patrimônio do Inamps para a administração dos estados, as ações de controle e avaliação da assistência não chegaram a ser estadualizadas, sendo desenvolvidas pelos escritórios de representação do INAMPS em cada unidade federada ou como um setor separado da estrutura das secretarias estaduais.

A Lei nº 8.080/90, em seu artigo 18, I, diz que compete à direção municipal do SUS "planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde". Já em seu artigo 15, I, define como atribuição comum da União, Estados,

Distrito Federal e Municípios a "definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde."

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

De modo sintético, pode-se afirmar que na história do SUS, de 1990 a 1993, as atividades de controle e avaliação eram desenvolvidas de forma centralizada pela esfera federal, por meio do INAMPS e só a partir da NOB 93, e depois com a NOB 96 e NOAS 2002, é que estados e municípios passaram a implantar e desenvolver ações de controle contábil, financeiro e assistencial dos prestadores de serviços de saúde sob sua gestão. Esse desenvolvimento foi desigual entre os gestores descentralizados, dependendo da compreensão, práticas e finalidades postas pelas orientações políticas de cada período de governo, ora mais tendente ao bem público, ora mais atravessada por interesses particulares. Em que pese a importância do controle e avaliação para a geração de informação e para a gestão em saúde, por suas inter-relações com as variadas áreas que a integram, desde o planejamento ao replanejamento e auditoria do sistema, até hoje as ações têm sido mais focadas no controle e muito pouco em avaliação.

Em 2002, a Portaria SAS/MS 423 estabeleceu diretrizes, responsabilidades e atribuições para a organização do controle, regulação e avaliação no SUS. O Pacto de Gestão reestrutura o modelo e redefine competências e responsabilidades na regulação, avaliação, controle e auditoria, para as três esferas de gestão do SUS.

PROCESSOS DE TRABALHO INERENTES AO CONTROLE DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO SUS

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

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

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

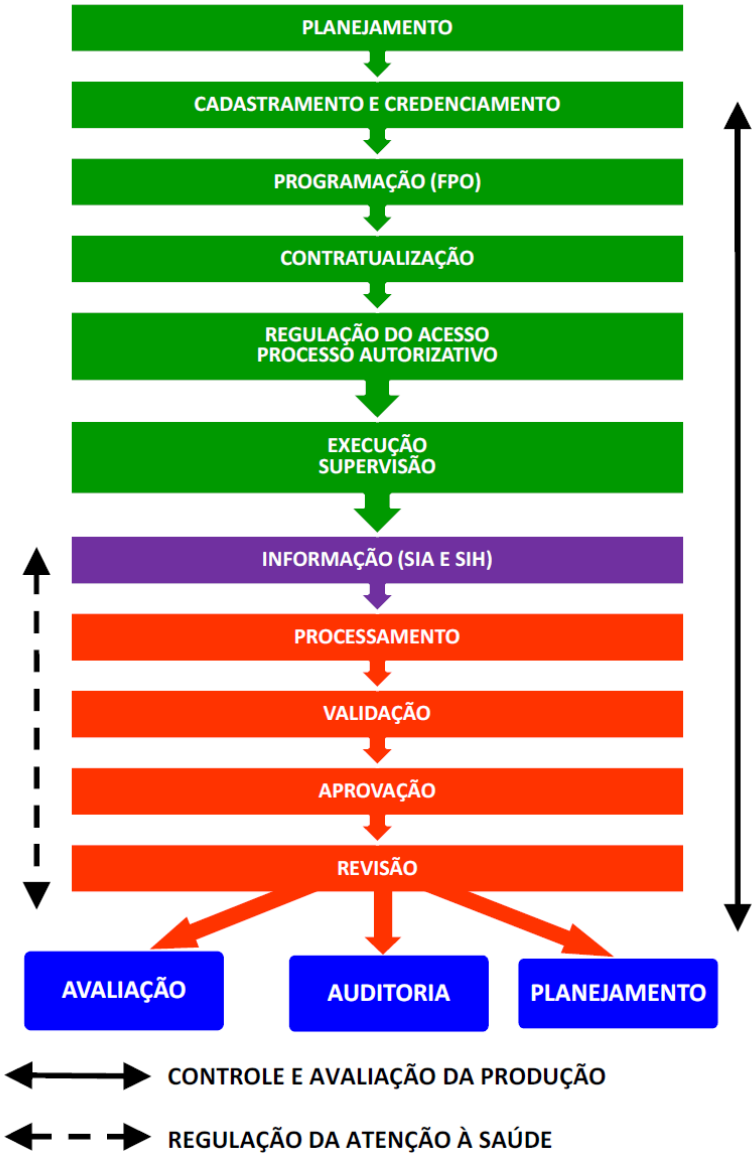
A atividade de planejamento, ao basear-se nas necessidades de saúde, fixa parâmetros de produção, rendimento ou cobertura e deve estar garantida pelo orçamento, alocada segundo a PPI, orientando assim a contratação de serviços, cujos estabelecimentos devem ser cadastra-

dos e, quando for o caso, devidamente credenciados/habilitados. A PPI deve orientar a programação físico-orçamentária (FPO) dos estabelecimentos ambulatoriais, viabilizar a autorização da produção e estar integrada à regulação do acesso aos serviços de saúde.

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

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

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



Fonte: Diagrama desenvolvido pela equipe técnica do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas

TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E INSUMOS ESTRATÉGICOS

A partir de janeiro de 2008 foi implantada a tabela unificada de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS, com o objetivo principal de integração das bases de informações do SUS (SIA/SIH) com a lógica de procedimento único, facilitando a identificação do procedimento e do registro da informação, aumentando a confiabilidade do dado e dessa forma permitindo que

o mesmo sirva de subsídio para o planejamento, a programação, a regulação, a avaliação e o controle e auditoria.

Os critérios adotados para a construção da estrutura da tabela foram:

- Definir **Grupos** que correspondem a grandes áreas de atenção à saúde, **incorporando** o maior número de procedimentos possível, conforme a natureza, de forma a facilitar a localização dos mesmos na tabela geral.
- Definir, para cada grupo, **Subgrupos** capazes de aglutinar o maior número de procedimentos que possuam variáveis idênticas e/ou outros níveis de similaridades que permitam o seu agrupamento, com a denominação de fácil identificação.
- Definir **Formas de Organização** para cada Subgrupo que seja capaz de acomodar o maior número possível de procedimentos, preservando a identidade do conjunto.
- Definir **Atributos** para cada procedimento de forma a racionalizar o número total de procedimentos da tabela, a partir das características comuns e permitir a construção de críticas no sistema de informação.
- Instituir o atributo **Modalidade de Atendimento** (ambulatorial, internação, hospital dia).

A partir da unificação da tabela novos atributos para os procedimentos foram incluídos: modalidade de atendimento (incluindo assistência domiciliar), instrumento de registro (BPA consolidado, BPA individualizado, APAC principal e secundário, AIH principal, especial e secundário), Classificação Brasileira de Ocupações 2002 (substituindo especialidade profissional) e incremento (associado a determinadas habilitações) e outros alterados, como faixa etária (substituído por idade), quantidades permitidas, serviço/classificação, mantendo se muitos outros como CID, sexo, compatibilidades, habilitação, complexidade, tipo de financiamento, idade mínima e máxima permitida, especialidade do leito e média de permanência.

Os procedimentos diagnósticos que estavam em APAC como a radiologia, medicina nuclear, tomografia, passam a ser apresentados através do BPAI o que permite o registro da morbidade ambulatorial e identificar a procedência do paciente. Cabe ao gestor definir a inclusão de outros procedimentos em BPAI que julgar conveniente, assim como a manutenção ou a necessidade de autorização prévia.

Destaca-se que na AIH, todos os profissionais de nível superior (odontólogo, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, etc.) deverão ser identificados através do CPF/CNS e respectivos CBO e não somente médicos como ocorria anteriormente permitindo observar o padrão de atenção no serviço.

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

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

No entanto é importante observar que não é a tabela de procedimentos que faz a gestão do sistema de atenção à saúde. Ela deve ser instrumento fiel de registro do que é realizado e ajustar-se permanentemente a isto. Mais do que confrontar ações com a tabela através de críticas, cabe ao gestor avaliar a realização dessa ação: se está sob regulação, se é adequada ou não, considerando as exceções e percebendo a necessidade de revisão dos atributos já estabelecidos.

CONTROLE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

O processamento da produção ambulatorial é feito por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), para os procedimentos da atenção básica, média e alta complexidade.

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

- ✓ Contratos e convênios firmados com a rede de prestadores
- ✓ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)
- ✓ Programação Física e Orçamentária atualizada (FPO)
- ✓ Cartão Nacional de Saúde (CNS) dos usuários do SUS hoje obrigatório para os procedimentos de alto custo e no BPI.
- ✓ Infra-estrutura mínima capaz de processar o SIA-SUS, incluindo equipamento compatível com o volume de informações, que é proporcional ao tamanho e a complexidade da rede assistencial e técnico capacitados para executar o processamento sintonizado com as políticas de regulação do SUS nas diversas esferas de gestão.

O processamento SIA-SUS inclui alguns passos que devem ser seguidos. É importante a atualização sistemática do cadastro (CNES) para o processamento do SIA. As incompatibilidades detectadas no CNES geram "críticas" que não permitem aprovação da produção apresentada. É necessário que o CNES esteja atualizado no mês de competência da realização do procedimento.

A Ficha de Programação Orçamentária (FPO) deve ser sistematicamente avaliada e reajustada considerando parâmetros de produção, série histórica, demandas e necessidades, refletindo, no conjunto dos serviços a Programação Pactuada Integrada (PPI) do Município. Para os prestadores privados, deverão ser respeitados as quantidades e os valores definidos em convênio/contrato para os procedimentos financiados pelo MAC. A produção apresentada e sem erros será aprovada, primeiramente, no limite da quantidade programada. Após, será verificado se há possibilidade de aprovação de quantidade superior ao orçado pelo nível de apuração, que verifica o limite financeiro.

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

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

A revisão ambulatorial deve funcionar ainda como um elo entre o controle, a avaliação e a auditoria, uma vez que por meio da observação, da análise e da constatação de irregularidades da produção dos prestadores, demanda-se uma apuração mais detalhada e, se necessário, as ações de auditoria.
A revisão ambulatorial é dividida em revisão técnica e administrativa que resultam em aprovação total, ou seja, neste caso o que foi lançado no BPA está devidamente comprovado, ou em aprovação parcial indicando que houve lançamentos não comprovados e/ou com comprovantes

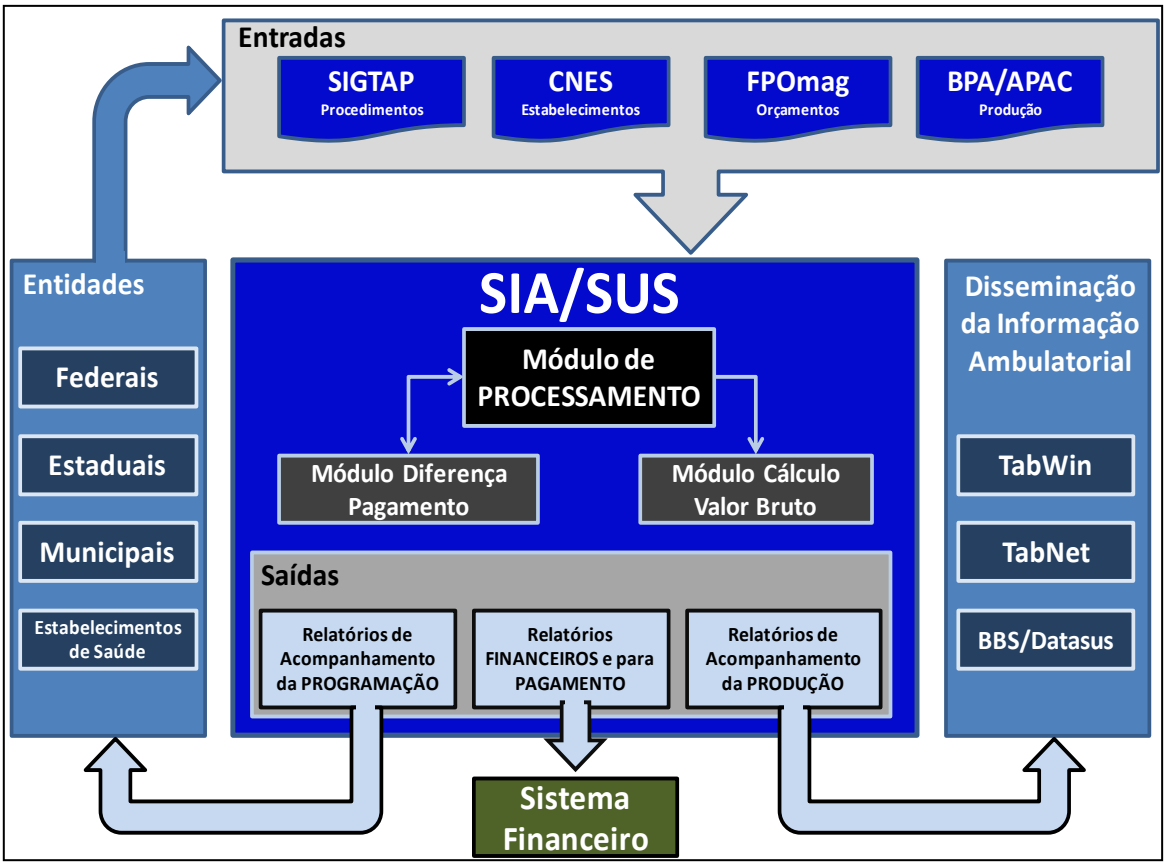
inadequados. A revisão técnica deve ser feita por profissional devidamente habilitado tendo como foco a análise qualitativa dos registros e documentos com o objetivo de verificar a conformidade com normas e protocolos técnicos vigentes. Mais que controlar a produção é necessário controlar a informação.

A revisão administrativa inicialmente confere o quantitativo apresentado com o objetivo de verificar a veracidade entre o lançado e o comprovado. A revisão administrativa também realiza a verificação dos quantitativos cobrados, validados e reprovados pela revisão técnica e os compara com o BPA, apontando as divergências para a confecção do Boletim de Diferença de Pagamento (BDP).

Apesar de não estarem disponíveis sistemas informatizados, formulários impressos ou rotinas padronizadas para o trabalho de revisão, cabe ao controle e avaliação desenvolver a metodologia e os instrumentos que melhor atendam as suas prioridades de revisão previamente definidas e compatíveis com a infra-estrutura de cada um. Planilhas para preenchimento manual ou informatizado, onde o revisor administrativo registra os procedimentos reprovados para elaboração do BDP e relação de motivos de glosas deverão ser utilizadas para o trabalho de revisão e para comunicar aos prestadores, inclusive com o objetivo de ser transparente e educativo.

Dentre as ações de controle é importante a atividade de acompanhamento da produção de serviços, realizada de forma sistemática, durante a execução dos procedimentos. Essa ação pode acontecer in loco e/ou junto às Centrais Reguladoras, no sentido de autorizar procedimentos especiais, autorizar a emissão de novas AIHs para o mesmo paciente, bem como contribuir para o acompanhamento da qualidade, adequação às necessidades dos usuários e melhoria do acesso. A Figura 1 a seguir apresenta o diagrama completo de processamento ambulatorial e os sistemas envolvidos.

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



Fonte: Diagrama desenvolvido pela equipe técnica da Coordenação Geral de Sistema de Informação/DRAC/SAS/MS

Autorização de Procedimentos de Alto Custo- APAC

Ressalta-se a importância da incorporação ao SIA-SUS do instrumento de captura das informações do alto custo– a Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), a partir de 1996, por ter introduzido a identificação de usuários com os respectivos diagnósticos e procedimentos realizados, antes uma exclusividade do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS).

O processo inicia-se com a solicitação do **procedimento** por meio de um laudo de emissão de APAC que contém informações sobre o usuário, o estabelecimento e profissional solicitantes, a **patologia** e o(s) procedimento(s) e que deve ser previamente autorizado desde que haja compatibilidade entre todos os dados informados. Após a autorização do laudo o gestor emite a APAC I formulário que autoriza o prestador a registrar a APAC II magnética para o faturamento, após a realização do(s) procedimento(s) **principal e secundários**, que será processada e comporá a base de dados do subsistema da APAC-SIA. Existem três tipos de APAC:

- Inicial: emitida ao início do tratamento do usuário, depois de definidos o diagnóstico e o plano terapêutico;
- Continuidade: emitida para aquele já cadastrado no sistema que necessita da continuidade do tratamento (exemplo: novas sessões de quimioterapia para câncer);
- Única: para os procedimentos que se encerram em uma única sessão (exemplo: cirurgia, litotripsia);

CONTROLE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS -SIH/SUS, é o sistema que processa as Autorizações de Internações Hospitalares - AIHs, contém informações que viabilizam o processamento dos serviços hospitalares prestados ao SUS por meio da captação de dados, das AIHs, relativas a aproximadamente 1.000.000 internações/mês em todo Brasil. Suas informações subsidiam as atividades do controle, avaliação e vigilância epidemiológica em todo o território nacional e estão disponíveis para consulta podendo ser tabuladas por estabelecimento, município, estado e região, por meio de produtos desenvolvidos pelo DATASUS, gerados a partir do processamento da AIH e por meio de tabulações disponibilizadas via internet.

O laudo de solicitação de emissão de AIH é apresentado pelos serviços de assistência e encaminhado para área de controle que emite o número da AIH para o hospital. Os tipos de laudos utilizados pelo SIH são:

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

Após a emissão da AIH, o hospital estará apto para apresentar sua produção f quando da alta do paciente. Com todos os documentos prontos o hospital digita os dados no sistema de captação de informações (SISAIH01), imprime a cópia que é chamada de o 'espelho' da AIH e a apresenta para o diretor ou a quem for deter-minado pelo gestor, que autoriza a apresentação. Os tipos de AIH utilizados pelo sistema são:

- AIH de Identificação 1): é o instrumento hábil para identificar o paciente e os serviços prestados em internação hospitalar e fornecer informações para o gerenciamento do sistema. É a que é digitada no SISAIH01.
- Longa permanência (AIH de Identificação 5, ou de continuidade), utilizada para identificar os casos de longa permanência dos pacientes das especialidades: Psiquiatria, pacientes dos cuidados prolongados. Depois de autorizada a permanência pelo gestor, o hospital solicita emissão da AIH 5, mensalmente, que terá o mesmo número da AIH 1 ou inicial.

O prestador do serviço realiza a entrada das AIH referentes ao seu movimento hospitalar daquela competência no SISAIH01. Os dados são enviados ao gestor, que os critica, valida, consolida e valora. O bloqueio é feito após avaliação das AIH, antes do fechamento do processamento, em situações específicas, quando se faz uma análise mais criteriosa. A forma básica de pagamento, quando indicado, obedece ao princípio da remuneração fixa por procedimento, e o valor é subdividido para pagamento dos serviços hospitalares (SH) que incluí os serviços auxiliares de diagnose e terapia (SADT) e serviços profissionais (SP).

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

No final do mês em data estabelecida pelo gestor, haverá encaminhamento em CD-ROM das AIHs liberadas para proceder ao processamento e gerar os vários relatórios do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado - SIHD incluindo os rela-tórios de homônimos / duplicidades bloqueados, de solicitação de exclusão de críticas de fora da faixa etária, quantidade acima do previsto, de permanência a menor CBO não compatível e o de AIH com CID de Doenças de Notificação Compulsória.

Sistema de Informações Hospitalar Descentralizado – SIHD

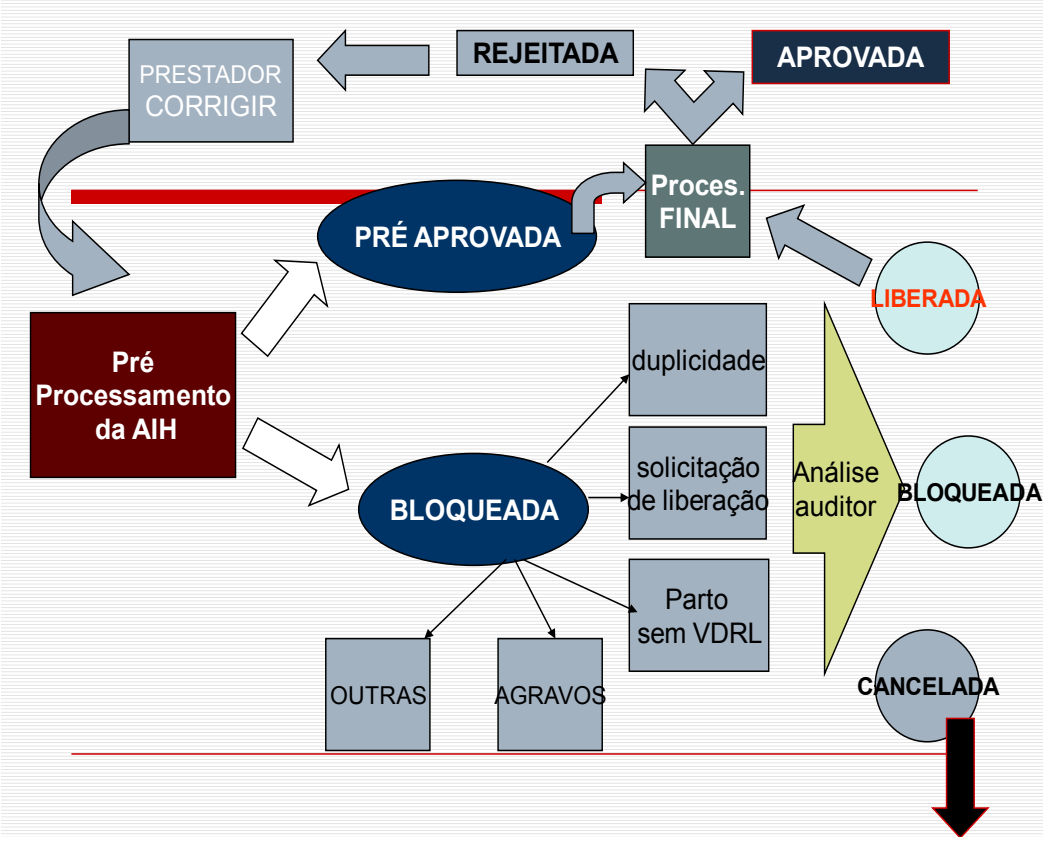
O SIHD tem como principal objetivo permitir o processamento das AIHs de forma descentralizada, nas Secretarias de Saúde, a nível municipal ou estadual garantindo maior autonomia ao gestor local no processamento das informações relativas a internações hospitalares permitindo, inclusive, adicionar valores complementares, para aportar recursos adicionais oriundos de receitas próprias (Port. GM/MS 1606/01) e realizar melhor acompanhamento das ações planejadas.

As críticas relativas aos dados coletados no atendimento e aos procedimentos serão feitas no nível do gestor local, permitindo uma maior proximidade com a assistência apresentada.

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

Cabe ao gestor definir, monitorar e controlar cada hospital do município. Em relação à taxa de cesareana, é importante verificar a pactuação do gestor estadual com o Ministério da Saúde e qual foi à taxa pactuada na CIB, com vistas ao acompanhamento desse índice nos hospitais locais. A figura 3 a seguir apresenta o esquema de processamento das AIHs.

Figura 3 - Esquema de processamento das Autorizações de Internações Hospitalares-AIH



Fonte: Diagrama desenvolvido pela equipe técnica da Coordenação Geral de Sistema de Informação/DRAC/SAS/MS

O SIHD instrumentaliza o controle e avaliação, permitindo análises dos autorizadores/auditores antes do encerramento do processamento, através de um "Menu Controle avaliação do SIHD", que permite bloquear a AIH para análise posterior ou correção, cancelar a AIH indevida ou liberar a AIH para o processamento final. Todas as AIH da apresentação podem ser acessadas mas parte delas são, automaticamente, bloqueadas pelo sistema sendo obrigatórias a análise e conclusão pelo gestor.

Autorização de Internação Hospitalar –AIH- Filtros obrigatórios:

Duplicidades

- Filtradas – mostra todas as duplicidades (duas ou mais AIH de um mesmo paciente) do movimento das AIH, naquela apresentação.

Solicitação de Exclusão de Crítica

- Filtradas – mostra o movimento das AIH em que houve solicitação de exclusão de crítica pelo prestador (SISAIH01) referentes a fora da faixa etária, tempo de permanência abaixo do mínimo, quantidade acima do permitido, CBO não compatível que serão bloqueadas automaticamente pelo SIHD;

Parto sem VDRL

- Filtrados – mostra as AIH de parto onde não constam os lançamentos do exame VDRL, bloqueadas automaticamente pelo sistema;

Agravos

- Filtrados – mostra apenas as AIH com os agravos (Doenças de Notificação Compulsória) pré-definidos que são listados automaticamente pelo sistema; não há bloqueio automático.

Nesse caso há necessidade de bloqueio pelo operador se houver necessidade de confirmação da informação.

É possível salvar em arquivo todos os relatórios acima; após o encerramento do processamento, outros relatórios podem ser extraídos através do menu.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 jun. 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 055 de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de fev. 1999. Seção 1, p.116.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 376, de 3 de outubro de 2000. Determina o cadastramento nacional dos Estabelecimentos de Saúde do país. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 out. 2000. Seção 1, p. 19.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 403, de 20 de outubro de 2000**. Cria o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/PT-403.htm>. Acesso em: 13 jun. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS nº 576, de 19 de dezembro de 2001**. Trata dos prazos do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos da Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/PT-576.htm>. Acesso em: 13 jun. 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1606, DE 11 de setembro de 2001**. Define que os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1606_11_09_2001.html>. Acesso em: 13 jun. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 1/2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 13 jun. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101/ GM, [de] 12 de junho de 2002**. Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso em: 13 jun. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 423, de 09 de julho de 2002**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-423re.htm>. Acesso em: 13 jun. 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle, regulação e Avaliação**. Brasília,DF, 2002.

CALEMAN, G.; DUCCI, L.; MOREIRA, M. L. **Informações, controle e avaliação do atendimento hospitalar SUS.** Brasília, DF: OPAS/OMS, 1995. (Série desenvolvimento de serviços de saúde, n. 14).

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

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

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

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

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Tema s que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 3.3. Monitoramento da Atenção à Saúde

Objetivo:

- Afirmar a importância e conhecer as estratégias de monitoramento das ações de assistência no SUS.

Conteúdos:

- Monitoramento em Saúde
- A importância do registro e acompanhamento sistemático de indicadores do SIA e SIH
- Monitoramento da produção ambulatorial e hospitalar
- Indicadores do SIA e SIH

Atividades:

1. Leia e discuta com seu grupo o caso do município de Beira Mar e responda as questões:
   - A partir das informações levantadas, o que o responsável pelo controle deverá sugerir ao gestor?
   - De que forma o levantamento das informações influenciou no desenvolvimento do caso?
2. Leia o texto de apoio desta oficina – pags. 177 a 181.
3. Sistematize as conclusões para apresentação em plenária.
4. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior e participe do debate.
5. Participe da construção da síntese com os aspectos principais do monitoramento da produção de serviços.
6. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag. 181.

"O caso de Beira Mar"

O município de Beira Mar tem 3 milhões de habitantes em sua área metropolitana, é capital do estado, detém 60% do parque tecnológico médico-hospitalar do estado e é pólo regional, razão pela qual mantém pactuação com muitos outros municípios, inclusive Recaminho, para a assistência de alta complexidade. Conta com seis unidades prestadoras de serviços oncológicos de diferentes perfis cadastrais e de credenciamento.

Trata-se de uma reclamação ao gestor do SUS, em Beira Mar, de duas das suas unidades prestadoras de serviços oncológicos, de que vêm tendo uma parte considerável de suas faturas de quimioterapia glosadas sistematicamente e cujo relatório do SIA-SUS informa como motivo: "Ultrapassou teto financeiro". Alegam os dois serviços que aquelas APACs apresentadas e não pagas já haviam sido autorizadas previamente e que o gestor deveria munir-se de um controle mais eficiente de suas contas para honrar os seus compromissos financeiros. Esses dois serviços prestadores, aqui chamados Privado A e Filantrópico C, são: um Serviço Isolado de Quimioterapia privado contratado para prestação de serviços ao SUS, e o outro um Hospital habilitado em alto custoem Oncologia (ou seja, cujo serviço de quimioterapia integra a própria estrutura hospitalar), que dispõe de todo suporte tecnológico de imagens, serviço de medicina nuclear, laboratório clínico com alta tecnologia incorporada. Por conta da reclamação, o secretário municipal de Saúde convoca o responsável pelo controle e avaliação da Secretaria para que lhe apresente um relatório e sugestões consubstanciadas para a sua tomada de decisão.

Inicialmente, o chefe do controle e avaliação solicitou a produção ambulatorial de quimioterapia dos prestadores do município do ano anterior, com os quais produziu a tabela abaixo:

A Tabela 1 mostra os dados do faturamento de quimioterapia no SIA no município, relativos a 2008, em que os serviços reclamantes são o Privado A e o Filantrópico C.

Tabela 1 - Produção ambulatorial de Quimioterapia no ano de 2008 no município

Unidade	Pago (R$)	Apresentado (R$)	Programado (R$)
Público Estadual	713.873,12	754.372,72	725.848,22
Público Universitário	6.827.778,05	6.994.953,35	7.256.805,53
Privado A	3.616.597,58	3.955.529,44	3.663.832,55
Filantrópico A	7.057.112,30	7.440.780,53	7.085.426,22
Filantrópico B	4.430.811,49	4.601.863,80	4.521.446,33
Filantrópico C	8.555.166,57	8.837.917,54	8.655.933,31
TOTAL	**31.201.337,11**	**32.585.417,38**	**31.909.292,16**

Fonte: SIA/SUS

Alguns aspectos devem ser destacados nessa tabela:

a) Todas as unidades têm o pago sempre a menor do que o orçado e, exceto pelo Universitário que apresenta a menos, as demais unidades apresentam a mais do que o orçado. E, no total, o apresentado é 2,11% mais e o pago 2,21% menos do que o orçado.

b) Assim, a queixa ao secretário é pertinente, embora não fosse a glosa uma exclusividade dos prestadores que a fizeram.

c) A "perda" (diferença entre o valor apresentado e o valor pago) da unidade classificada como Privado A é de R$ 338.931,86, maior do que a "perda" percebida no Filantrópico C, que é de R$ 282.750,37.

d) O prestador público (estadual, não universitário) também apresenta mais e recebe menos do que o orçado.

e) O único Hospital Universitário (que é público) tanto apresenta como recebe menos do que o orçado.

f) Mas tudo leva a crer, uma vez que somente dois reclamaram, que nem todos os prestadores vêm prestando muita atenção às suas contas.

Para se conhecer a abrangência da assistência ao paciente oncológico, contemplando o princípio da integralidade, é imprescindível que se considere tanto a produção do SIA-SUS, como também a do SIH-SUS. Sendo assim, o gestor deve avaliar todos os serviços que estão sendo prestados pelo hospital, sendo desejável que não seja somente um prestador ambulatorial de quimioterapia, mas que faça também a internação de pacientes oncológicos.

O responsável pelo controle e avaliação também considerou a importância que se dá à priorização das ações e à alocação de recursos no município, e solicitou dados sobre a distribuição dos recursos entre os três níveis de atenção.

A Tabela 2, também extraída com o uso do TabWin, discrimina os grupos **por complexidade de procedimento** que compõem o SIA-SUS (atenção básica, média e alta complexidades), no período de um ano.

Tabela 2 **-** Gastos, quantidades e respectivos percentuais da produção paga por complexidade do SIA-SUS no ano de 2008 no município

Grupo	Valor em Reais	% Valor	Quantidade	% Qtde
Atenção Básica	31.604.728,07(*)	20,95	15.684.761	56,42
Média Complexidade	51.475.661,10	34,12	11.326.800	40,75
Alta Complexidade	67.788.652,54	44,93	787.030	2,83
TOTAL	**150.869.041,71**	**100,00**	**27.798.591**	**100,00**

(*) valor recebido fundo a fundo no bloco de atenção básica**.** Fonte: SIA/SUS

a) Chama a atenção a grande desproporção entre os quantitativos e seus percentuais da produção da atenção básica e da alta complexidade.

b) Em relação aos valores financeiros pagos, a situação inverte-se completamente: a maior produção em termos quantitativos é a da atenção básica e corresponde ao menor valor financeiro desses três grandes grupos.

c) Havendo um **repasse** financeiro **de recursos federais** limitado para o município, um incremento nos gastos com a alto custovai corresponder, necessariamente, a um menor aporte de recursos para a média complexidade, cuja produção, somada à da atenção básica, concentra 97,17% das ações.

d) Lembrar que as ações de média complexidade são suporte tanto para a atenção básica como para a alta complexidade. E verificar que a soma dos gastos com a atenção básica e a média complexidade (55,07%) gera um percentual apenas um pouco maior do que os gastos com a alto custo (44,93%), ou seja, uma diferença de 10,14%%. Porém a questão não se resume a análise de recursos financeiros, orçamentos e

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

Diante dessas constatações, surgem os seguintes questionamentos:

- Por que 44,93% dos gastos com o alto custo ambulatorial representam o atendimento com apenas 2,83% do total de procedimentos? Como explicar essa desproporção de gastos entre a alta e a média complexidade e atenção básica?
- E se o contrário ocorresse, ou seja, uma redução proporcional nos gastos com a alto custoe um aumento dos gastos na básica e na média, qual seria o impacto?
- De que forma a regulação e a avaliação podem influenciar na alocação de recursos e no controle dos gastos?
- Vale a pena levantar a questão da quantidade de procedimentos pagos na alta complexidade, e o quanto isso custa, em comparação com a grande quantidade de procedimentos e gastos na rede básica?
- Vale a pena discutir o quanto isso dá ideia da enorme desigualdade no tratamento destas questões?
- Vale a pena explicitar o quanto isso dá ideia do enorme poder de pressão que estes grupos, bastante organizados, têm sobre o gestor?

A discussão acima é uma boa discussão e é bioética, de escolhas para a alocação de recursos. E isso não existe sem conflitos. Quem trabalha no SUS, um sistema de caráter universalista e com o compromisso da atenção integral à saúde, tem de saber disso e saber conviver com estas questões.
Aprofundando no problema, o chefe solicitou informação sobre a composição de outros gastos com procedimentos de alto custo no SIA-SUS, que compreende vários grupos de procedimentos, cuja remuneração é bastante diferenciada no SIA-SUS e no SIH-SUS. O resultado está descrito na tabela abaixo, também extraída com o TabWin, que detalha o gasto nos procedimentos que compõem a alto custoambulatorial, no mesmo período de um ano:

Tabela 3 - Gastos e percentuais da produção paga por subgrupo, forma de organização ou procedimento do SIA-SUS no ano de 2008 no município

Alto custo– SIA-SUS	**Valor em Reais**	**% do Total**
Hemodinâmica	1.949.254,72	2,88
Terapia Renal Substitutiva	22.735.842,07	33,54
Radioterapia	5.175.055,00	7,64
Quimioterapia	31.201.339,11	46,03
Medicina Nuclear	765.385,28	1,12
Radiologia Intervencionista	44.052,35	0,06
Tomografia Computadorizada	3.249.526,22	4,79
Hemoterapia	2.668.197,79	3,94
TOTAL	**67.788.652,54**	**100,00**

Fonte: SIA/SUS

O chefe de controle e avaliação retorna à Tabela 1 e vê que a reclamação dos prestadores é procedente. Essa tabela relaciona os serviços de Oncologia no município de Beira-Mar e

apresenta os valores financeiros pagos, os valores apresentados e os valores orçados na FPO, no ano de 2008, referentes à quimioterapia. O objetivo foi verificar se o teto estava sendo ultrapassando.

Mas há quanto tempo isso vem acontecendo? Como tem sido a evolução desses gastos ao longo de um determinado período de tempo, por exemplo, três anos? Eles vêm aumentando, estão estabilizados ou estão diminuindo?

Para verificar a tendência do gasto efetuado com determinado tipo de serviço ou com determinado prestador, é necessário que o controle e avaliação faça rotineiramente o acompanhamento dos valores apresentados, pagos e orçados. O Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH-SUS possuem ferramentas, que são de manejo fácil e amigável que permitem fazer esse acompanhamento. A Tabela 4 mostra a evolução dos valores relativos à Quimioterapia no SIA-SUS, de 2006 a 2008, no município de Beira-Mar:

Tabela 4 - Evolução dos valores da Quimioterapia no SIA-SUS de 2006 a 2008 no município de Beira-Mar

Ano referência	Pago (R$)	Apresentado (R$)	Programado (R$)
2006	31.674.321,02	31.981.465,26	31.909.292,16
2007	31.568.552,83	32.048.558,82	31.909.292,16
2008	31.201.339,11	32.185.417,38	31.909.292,16

Fonte: SIA/SUS

Observa-se na Tabela 4 que os recursos pagos são decrescentes e que os recursos orçados (ou programados) para Quimioterapia mantiveram-se nos três anos em tela e que, como também observado na Tabela 1, o total do apresentado sempre esteve maior e o aprovado (ou pago) sempre menor do que o orçado. Mais uma vez, os números atestam que a reclamação procede e sinalizam que o controle e avaliação precisam passar para o gestor uma avaliação mais abrangente da prestação de serviços oncológicos ao SUS, no município, lembrando que:

a) O SIA-SUS deixa de creditar (glosa) automaticamente, sempre que o teto financeiro programado para cada grupo de procedimentos é ultrapassado.

b) O gestor pode ou não alterar esse teto. Vão influenciar nessa decisão questões como a - opção política do governo gestor, os acordos com os diversos prestadores e até a sua própria capacidade de gestão.

c) Os tetos físico e orçamentário podem ser re-arranjados internamente no programa do SIA-SUS

d) O valor do teto pode vir a ser valiosa moeda de troca nas licitações (compra de serviços).

e) O DATASUS também disponibiliza o aplicativo TabWin, para tabulações e cruzamento de dados de procedimentos ambulatoriais e hospitalares apresentados e pagos pelo SUS, o que dá ao controle e avaliação a possibilidade de ampliar ainda mais a sua pesquisa avaliativa.

Porém, algumas perguntas se impõem:
O que estaria provocando o aumento dos valores de quimioterapia apresentados? Um aumento do número de APACs de quimioterapia, um aumento do número de doentes sob quimioterapia ou um aumento do valor médio das APACs de quimioterapia? Estaria havendo um aporte maior de pacientes ao serviço Privado A e Filantrópico C?

NOTA: O APAC-SIA permite separar os casos individualmente. A identificação individual dos casos pode ser feita ou através do Cartão SUS ou através do CPF.

As tabelas seguintes buscam responder a estas questões. Elas também foram extraídas com o TabWin.

Tabela 5 - Evolução do número de APAC's de Quimioterapia de 2006 a 2008 no município de Beira-Mar, por prestador

Unidade	2006	2007	2008
Público Estadual	2.922	2.996	3.285
Público Universitário	7.504	8.190	10.362
Privado A	8.773	10.197	11.956
Filantrópico A	13.127	12.620	10.433
Filantrópico B	10.597	7.922	6.598
Filantrópico C	20.528	18.496	16.415
TOTAL	**63.451**	**60.421**	**59.049**

Fonte: SIA/SUS

Observa-se na Tabela 5 que houve uma grande oscilação do número de APACs de quimioterapia, com redução global de 2006 a 2008, porém com acréscimos em alguns prestadores e reduções, em outros. O Privado A apresentou um aumento de 36,28% e o Filantrópico C, uma redução de 20,03% nesse período de tempo.

Tabela 6 - Evolução do número de doentes em Quimioterapia no SIA-SUS de 2006 a 2008 no município de Beira-Mar, por prestador.

Unidade	2006	2007	2008
Público Estadual	436	447	490
Público Universitário	1.120	1.222	1.547
Privado A	1.309	1.522	1.784
Filantrópico A	1.959	1.884	1.557
Filantrópico B	1.582	1.182	985
Filantrópico C	3.064	2.761	2.450
TOTAL	**9.470**	**9.018**	**8.813**

Fonte: SIA/SUS

Oscilação também se verificou nos números de doentes, com redução global e no Filantrópico A, Filantrópico B e Filantrópico C, porém com aumento nos demais. O PRIVADO A apresentou um incremento de 36,28%; o Filantrópico C, um decréscimo de 20,03% em seus respectivos números de doentes; e, no total, observou-se uma redução de 6,93%.

O chefe de controle e avaliação perguntou como se explica o aumento dos valores apresentados de quimioterapia (Tabela 4) ao mesmo tempo em que os números de APAC (Tabela 5) e de doentes diminuíram com relação a 2006 (Tabela 6); e também perguntou se essas mudanças nos números da Tabela 4 foram resultado de intervenção da secretaria de saúde ou se ocorreram à revelia da secretaria. Foi-lhe informado que o chefe anterior exerceu um grande controle sobre a liberação de APAC, o que resultou nos gastos em menor valor do que o apresentado e o orçado, mas que não havia explicação para o aumento dos números de APAC e de doentes em alguns prestadores (caso do Privado A) e redução em outros (caso do Filantrópico C). Porém, o aumento dos valores apresentados se deveu ao aumento global do valor médio da APAC, como se verifica na Tabela 7.

Tabela 7 - Evolução dos valores médios de APAC de Quimioterapia de 2006 a 2008 no município de Beira-Mar, por prestador.

Unidade	2006	2007	2008
Público Estadual	210,70	230,32	217,31
Público Universitário	630,49	658,69	658,92
Privado A	364,82	374,20	302,49
Filantrópico A	647,13	675,66	676,42
Filantrópico B	642,48	670,92	671,53
Filantrópico C	499,55	525,07	521,17
MÉDIA	**499,19**	**522,47**	**528,39**

Fonte: SIA/SUS

A Tabela 7 mostra que, exceto pelo Privado A, o valor médio das APAC subiu em todos os demais prestadores, sendo de 5,19% o aumento global. Pelas tabelas 6 e 7, pode-se verificar que o aumento do número de doentes foi o que causou o aumento do valor apresentado pelo Privado A; e, no Filantrópico C, o aumento do valor apresentado se deu por aumento do valor médio da APAC. Note-se que o Universitário apresentou aumento do número de APAC, do número de doentes e do valor médio de APAC. Porém, o valor final é maior no Universitário, assim como no Filantrópico A e no Filantrópico B, que tiveram reduzidos tanto o número de APAC como o número de doentes.

O valor médio da APAC é diretamente proporcional ao número de procedimentos de quimioterapia curativa, quimioterapia de crianças e adolescentes, quimioterapia de segunda/terceira linha e de procedimentos especiais; e é inversamente proporcional ao número de procedimentos de hormonioterapia – esta requerendo menor trabalho médico e menor complexidade do estabelecimento e resultando em maior lucro unitário. Assim, um aprofundamento da análise traria melhor entendimento sobre as variações mostradas nas tabelas 5, 6 e 7

Já as tabelas 8 e 9 mostram como se deu esse comportamento, em termos de AIHs de Cirurgia Oncológica (Tabela 8) e de AIH de cirurgia em geral e de Cirurgia Oncológica (Tabela 9), no município de Beira-Mar:

Tabela 8 - Valores médios e quantitativos de AIH de Cirurgia Oncológica de 2006 a 2008 no município.

Ano	Valor Médio (R$)	Quantidade
2006	1.725,38	844
2007	1.800,50	901
2008	1.826,17	983

Fonte: SIA/SUS

Observa-se na Tabela 10 que tanto o número de AIH de Cirurgia Oncológica como o seu valor médio vêm aumentando progressivamente, ano a ano.

Tabela 9 - Comparativo total de AIH globais e AIH de Cirurgia Oncologia

2006	Total de AIH	Quantidade	141.479
		Valor	76.663.506,26
	Cirurgia Oncologia	Quantidade	844
		Valor	1.456.220,72
2007	Total de AIH	Quantidade	142.174
		Valor	80.432.394,29
	Cirurgia Oncológica	Quantidade	901
		Valor	1.622.250,50
2008	Total de AIH	Quantidade	136.813
		Valor	85.438.008,34
	Cirurgia Oncológica	Quantidade	983
		Valor	1.795.125,11

Fonte: SIA/SUS

Na Tabela 9, a proporção entre as cirurgias oncológicas e o total de AIH do município assim se comporta:

- O total de AIH vem oscilando ao longo dos anos apurados, enquanto cresce sistematicamente o quantitativo de AIH de cirurgias oncológicas.

- O valor total das AIH pagas vem aumentando ao longo dos anos apurados em torno de 11,44%, enquanto o valor total das AIH de cirurgias oncológicas cresce, no mesmo período, em torno de 23,27%.

Como o município guarda pactuação com outros municípios do Estado, o chefe de controle e avaliação perguntou sobre a procedência desses doentes.

A Tabela 10 mostra a procedência (capital/interior) no período 2006 a 2008. Os dados referem-se apenas aos valores financeiros de quimioterapia apresentados no SIA/SUS, mas também poderia ser analisado o número de APACs de quimioterapia, o número de doentes sob quimioterapia e o valor médio das APACs de quimioterapia, bem como de radioterapia (SIA) e de cirurgia oncológica (SIH). Como a queixa dos prestadores foi quanto às glosas sobre os valores apresentados na fatura ambulatorial, foi estabelecida a proporção em cima desses valores.

Tabela 10 - Totais e percentuais dos valores apresentados de Quimioterapia de 2006 a 2008 no município por procedência dos pacientes

Ano	Total	Capital		Interior	
		R$	%	R$	%
2006	31.674.321,02	18.475.631,45	58,33	13.198.689,57	41,67
2007	31.568.552,83	17.495.291,97	55,42	14.073.260,86	44,58
2008	31.201.339,11	16.327.660,75	52,33	14.873.678,35	47,67

Fonte: SIA/SUS

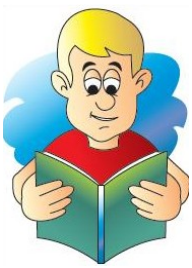
Considerando-se a Tabela 10:

a) Vale ressaltar o aumento sistemático e constante da chegada de pacientes do interior ao longo desses três anos.

b) Essa constatação remete à questão sobre como anda o acompanhamento da PPI, já que a produção refere-se a um município de 3 milhões de habitantes, que é referência não só da sua região metropolitana, mas do Estado e, certamente, até de estados limítrofes.

c) Sugere-se, portanto, que seja feito um detalhamento da composição destas procedências do interior, visto que o endereço é campo obrigatório na APAC. Lembrar que o SIH/SUS permite o cruzamento das AIHs quanto ao local de procedência dos doentes e o local de execução dos procedimentos cirúrgicos.

Após analisar os resultados da pesquisa, como o chefe de controle e avaliação relataria o encontrado?



MONITORAMENTO EM SAÚDE

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

Segundo Aguilar e Ander-Egg (1994), "o seguimento [monitoramento] é um processo analítico que, mediante um conjunto de atividades, permite registrar, compilar, medir, processar e analisar uma série de informações que revelam o curso ou desenvolvimento de uma atividade programada".

O Pacto de Gestão do SUS, eixo regulação, controle, avaliação e auditoria estão definidas as responsabilidades do gestor quanto a ação de monitorar, que inclui, além de monitorar, fiscalizar a aplicação de recursos financeiros provenientes da transferência fundo a fundo, avaliar as ações de vigilância e saúde realizadas em seu território através de indicadores de desempenho, fiscalizar os contratos com os prestadores, a execução dos procedimentos e o cumprimento das normativas de credenciamento de serviços.

Já a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) especifica que é responsabilidade do gestor municipal realizar monitoramento e avaliação da Atenção Básica, assim como, firmar, monitorar e avaliar os seus indicadores.

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

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

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

- a identificação de distorções que alertam para a necessidade de auditorias;
- a melhoria de critérios para a contratação;
- a redefinição de protocolos para a regulação do acesso aos serviços;
- o reajuste de programação físico-orçamentária;
- ações de avaliação e re-planejamento;
- o acompanhamento de gastos e da qualidade dos serviços prestados;
- a re-alocação de recursos por nível de atenção e programas prioritários;
- a reorganização da rede para a re-pactuação da PPI;
- o acompanhamento da produção dos estabelecimentos de saúde.

O Ministério da Saúde disponibiliza, através do *site* do Datasus, *softwares* de extração de dados, tabwin/tabnet, que permitem o monitoramento através de elaboração de planilhas e relatórios de acordo com as necessidades do gestor.

O monitoramento pode ser feito também, através da análise de outros documentos produzidos no âmbito da gestão. Tais como Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Agenda Municipal de Saúde dentre outros.

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

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

MONITORAMENTO DA PRODUÇÃO AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Os diversos relatórios emitidos pelo SIA-SUS e pelo SIH-SUS podem ser usados não apenas no dia-a-dia do controle e avaliação, para uma gestão eficiente do sistema, mas, também, podem ser úteis para identificar e conhecer o perfil do usuário e as suas necessidades, como:

- Quem são as pessoas que adoecem?
- Quais são as localizações mais comuns das doenças?
- Qual a procedência de doentes (do município e de fora dele)?
- Em que estágio da doença elas dão entrada e em que estágio tem acesso ao tratamento pelo sistema público?
- Quais os procedimentos do SIA-SUS e do SIH-SUS que lhes foram relacionados?

Alguns pontos devem ser enfatizados:

- A verificação da observância às normas é papel de o gestor público.

- Os contratos assinados entre os prestadores e o SUS implicam não apenas na prestação de serviços, mas também que esses serviços tenham qualidade e integralidade, que o acesso a eles seja universal e em condições de igualdade, seja qual for o estado de saúde do cidadão que demanda esse tipo de cuidado.

- Os sistemas SIH e SIA são de informações, que subsidiam os gestores, mas não estruturam o SUS, e não são somente sistemas de "caixa", de cobrança e pagamento de procedimentos, como costuma ser visto por prestadores, administradores de unidades públicas e privadas e gestores do SUS.

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

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

- *Relatório de Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária*: é possível analisar por unidade, totais por município, totais por regiões de saúde e totais por gestores/rubrica (FAEC, por exemplo), podendo, em cada um desses relatórios, especificar por procedimento, grupo e subgrupo.

Estes relatórios guardam um histórico de seis meses, incluindo o mês do processamento.

É possível analisar a programação realizada, apresentada, aprovada e o percentual das mesmas.

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

↘ *Relatório Síntese de Produção da APAC*: permite o acompanhamento dos procedimentos realizados, identificando o usuário, em Oncologia, Terapia Renal Substitutiva (TRS), Medicamentos Excepcionais, Facectomia, Fotocoagulação à Laser; Facoemulsificação para implante de lente intra-ocular; Acompanhamento Pós-Transplante, Deficiência Auditiva, Implante Dentário Ósteo-Integrado, acompanhamento de Queimados, Litotripsia, Transplante de Córnea

↘ *Relatório Demonstrativo de AIH Pagas no Processamento:* relatório individualizado por hospital, o qual reflete todos os serviços prestados e pagos por meio da AIH.

Utilizando este relatório, de AIHs pagas, pode ser elaborada uma planilha eletrônica, que permite identificar a pertinência da frequência dos procedimentos quanto ao porte do hospital, verificar as condições técnico-operacionais da unidade para atendimento aos procedimentos, inclusive os mais complexos.

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

Os relatórios do SIH são originados à partir do processamento das informações das AIHs no SIHD.

"RELATÓRIOS do SIHD" após análise dos autorizadores no Gerenciador de Informações, quais sejam:

- Espelho da AIH – É a própria AIH – Mostra todos os dados do paciente: filiação, nº da AIH, tratamento clínico realizado, os serviços profissionais realizados assim como quem/onde os realizou (estabelecimento ou profissional).
- Totais de erros – Mostra todos os erros do movimento da AIH bem como a frequência dos mesmos.
- AIH rejeitada – Mostra os motivos de rejeição das AIH, e aponta em que linha ou o campo do espelho da AIH está o erro.
- AIH apurada – Mostra por AIH os valores separadamente por componentes (UTI, SADT, Serviço Profissional, Serviço Hospitalar etc.).
- Valores por CNES – Mostra os valores totais por estabelecimento do CNES e por especialidades.
- Procedimentos x órteses e prótese – Mostra os procedimentos de OPM com seus fornecedores e valores.
- Profissionais tipos 30 e 45 – Mostra valor individual de cada profissional.
- Produção de terceiros – Mostra o valor dos procedimentos realizados pelos prestadores terceirizados, pessoa física e jurídica.
- Cesáreas – Mostra o percentual de cesáreas programadas e realizadas por estabelecimento.

- Programado x realizado – Mostra o Programado e realizado por especialidade ou total por complexidade.
- Valor da prévia – Mostra por município, estabelecimento e clínica o valor estimado transportado do SISAIH01.
- Valores aprovados – Mostra valores após consistência, bloqueios, liberações e cancelamentos.
- Valores para o financeiro – Mostra valores brutos por estabelecimento do CNES e complexidade.
- Salvo em arquivo – É possível salvar em arquivo todos os relatórios acima.

INDICADORES DO SIA E SIH

Destacamos os seguintes indicadores SIA:

- Número de consultas médicas (SUS) por habitante- número médio de consultas médicas apresentadas ao SUS por habitante, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- Número de procedimentos complementares por consulta médica (SUS)- número médio de procedimentos complementares de patologia clínica e imagenologia, por cem consultas médicas
- Percentual de consultas de atenção básica, urgência e especializadas em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Destacamos os seguintes indicadores SIH:

- Número de internações hospitalares (SUS) por habitante- número médio de internações hospitalares realizadas pelo SUS, por 100 habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade- distribuição percentual das internações hospitalares realizadas pelo SUS, segundo especialidades, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Proporção de partos cesáreos (SUS)- percentual de partos cesáreos realizados pelo SUS, segundo vínculo, em relação ao total de partos hospitalares realizados pelo SUS, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupo de causa- distribuição percentual das internações hospitalares realizadas pelo SUS, por grupos de causas selecionadas (capítulo da CID), na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- Proporção de internações hospitalares (SUS) por causas externas- distribuição percentual das internações hospitalares realizadas pelo SUS, por grupo de causas externas, na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- Valor médio (SUS) por internação hospitalar- valor médio com internação no SUS, por especialidade, em determinado espaço geográfico, no período considerado.
- Principais causas de internação, por idade, por especialidade, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

BIBLIOGRAFIA

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

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)

Sites para consulta de manuais, orientações técnicas, tabela unificada:
http://sihd.datasus.gov.br/
http://w3.datasus.gov.br/siasih/siasih.php
http://w3.datasus.gov.br/SIHD/index.php.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 3.4. Avaliação da Atenção à Saúde

Objetivo:

- Promover a cultura avaliativa e o uso de indicadores para avaliação dos sistemas e dos serviços de saúde.

Conteúdo:

- Avaliação em saúde.
- Avaliação de Sistemas de saúde.
- Avaliação de Serviços de saúde.
- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)
- Pesquisas de Satisfação de Usuários e Trabalhadores
- Avaliação da Atenção Básica: a Estratégia da Saúde da Família

Atividades:

1. Em grupo, leia e discuta o caso da Dona Antônia, nas páginas seguintes. Reflita sobre as seguintes questões
   - Quais as dificuldades enfrentadas pelo gestor para o real conhecimento do problema da D. Antônia?
   - Que dados pertinentes e realmente necessários deveriam ser recolhidos nas unidades do PSF para gerarem as informações para o acompanhamento dos diabéticos?
   - E nas clínicas especializadas? E nos hospitais e pronto-socorros? E na vigilância?
   - Para que essas informações serão utilizadas? Quem vai utilizá-las? Como elas serão utilizadas – formato, fluxo e periodicidade? Por quanto tempo serão úteis essas informações? Anote as conclusões para apresentação em plenária.

2. Em grupo, leia o texto base dessa Oficina págs. 189 a 198 e sistematize as conclusões para apresentação em plenária.
3. Apresente em plenária as conclusões das atividades anteriores. Participe da sistematização coletiva da adoção e utilização de indicadores para avaliação de sistemas e serviços e sua importância para a gestão do SUS.
4. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag. 200.

"O caso da Dona Antônia"

O responsável pela implantação do Controle e Avaliação do município de Recaminho, Sr. Cândido, recebeu do gestor solicitação de informações sobre as internações causadas por diabetes, no município, nos últimos 12 meses. Ele estava preocupado com as notícias divulgadas nas duas rádios locais sobre um óbito ocorrido na porta do ambulatório do único Pronto Socorro Municipal. A notícia era a seguinte:

"Uma senhora de 68 anos, Dona Antônia dos Reis, veio a falecer na fila enquanto aguardava atendimento no serviço de atendimento de urgência e emergência da região, o único existente, e que deveria atender a uma população estimada em 250 mil habitantes. Essa senhora era diabética e hipertensa e, pelos relatos dos familiares, estava sem fazer uso dos seus medicamentos, que haviam se esgotado no Posto de Saúde. Ela vinha sentindo-se mal desde o dia anterior, com muita fraqueza e mal-estar, tosse, falta de apetite e náuseas, dor no peito e muita sede. Não conseguiu atendimento médico no Posto de Saúde de seu bairro e, de madrugada, a filha levou-a ao Pronto Socorro. O relato era que ela havia passado a noite com muita prostração e sem conseguir dormir, queixando-se de piora progressiva da tosse e da dor no peito, com calafrios e muito mal-estar. A filha, assustada, correu com ela ao Pronto Socorro, aonde veio a falecer, enquanto aguardava atendimento, às cinco horas da manhã."

Diante da solicitação do gestor, Cândido acessa o site do DATASUS, com o qual tem pouca intimidade e consegue localizar, afinal, o TabNet, onde espera encontrar as informações que precisa. O pedido do Gestor foi do número das internações por diabetes nos últimos doze meses. Porém, ele faz mais, e resolve também avaliar quanto isso custou. Ele selecionou os códigos de procedimentos de AIH relacionados a diabetes, incluindo as internações por doenças cardiovasculares, que são as mais freqüentes complicações do diabetes, nos últimos dozes meses. Cândido conseguiu selecionar dez códigos de procedimentos, descritos abaixo, com os quais construiu a Tabela I:

Tabela 1 – AIHs pagas por procedimento da tabela SIH-SUS relacionados ao diabetes, frequencia, Recaminho, UF. Brasil.

DESCRIÇÃO	FREQUENCIA	VALOR
Infarto agudo miocárdio	31	39.136,99
Insuficiência coronariana aguda	91	34.333,15
Insuficiência cardíaca	418	262.851,00
Crise hipertensiva	457	81.098,28
Arritmias	53	21.354,77
Vasculopatia periféricas	09	2.890,36
Transtorno metabolismo glicídios	04	566,68
Diabetes sacarino	160	54.919,79
Insuficiência Renal Aguda	07	2.657,99
Insuficiência Renal Crônica	12	5.726,00
TOTAL	1.242	505.535,01

Fonte: SIH/SUS

Desapontado, ele não consegue responder se esses números são altos ou baixos e se há variações mensais ou anuais significativas. Seleciona, então, um período maior, para observar o crescimento da frequência dos procedimentos de 2005 até 2009, obtendo a Tabela II.

Tabela 2 – Número de AIHS pagas, por procedimento e ano de competência. Período 2005 a 2009, Recaminho, UF. Brasil.

PROCEDIMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	CRESCIMENTO
Infarto agudo miocárdio	25	26	30	29	31	19%
Insuficiência coronariana aguda	78	81	90	89	91	14%
Crise hipertensiva	410	447	568	518	457	10%
Arritmias	45	51	49	54	53	15%
Vasculopatia periféricas	04	05	07	11	09	*
Insuficiência Renal Aguda	04	06	04	05	07	*
Insuficiência Renal Crônica	09	11	12	14	12	*
Transtorno metabolismo glicídios	0	02	02	03	04	*
Diabetes sacarino	154	149	151	156	160	3,75%

*Frequencias muito baixas, a variação não é significativa para avaliação do crescimento.
Fonte: SIH/SUS

Cândido continua sem entender por que, apesar do diabetes estar em franca expansão em todo o mundo, inclusive no Brasil, seus dados não demonstram essa realidade. Repete a mesma tabela no Tabwin, aplicativo de tabulação de dados, em relação ao Brasil, para comparar seu município com a média nacional.

Tabela 3 – Número de AIHS pagas, por procedimento e ano de competência. Período 2005 a 2009, Brasil.

PROCEDIMENTO	2005	2006	2007	2008	2009	CRESCIMENTO
Infarto agudo miocárdio	35.500	38.502	40.639	43.377	45.023	17%
Insuficiência coronariana aguda	71.657	76.136	80.207	83.664	81.866	14%
Crise hipertensiva	139.999	149.909	139.936	135.365	136.739	-2%
Arritmias	27.380	28.976	29.539	28.621	28.821	3%
Vasculopatia periféricas	30.984	31.644	31.113	31.250	31.050	0%
Insuficiência Renal Aguda	10.710	11.036	11.528	12.120	11.978	12%
Insuficiência Renal Crônica	29.629	30.212	31.995	32.227	33.82	12%
Transtorno metabolismo glicídios	558	574	537	558	585	7%
Diabetes sacarino	113.131	117.392	118.088	116.891	116.950	3%

Fonte: SIH/SUS

Chama sua atenção as internações por Crise Hipertensiva, reduzindo no Brasil, no período analisado, mas aumentando em Recaminho.

Entrega os dois relatórios ao Gestor, mas haviam outras perguntas, além daquelas que ele ainda não conseguiu responder: se os números eram assim tão estáveis, como explicar a morte de uma senhora diabética na porta do Pronto Socorro Municipal? Como explicar que estava sem medicamento que deveria obter na rede ambulatorial? Como andava a atenção ao paciente diabético em Recaminho?

Vai, então, buscar essas informações. Ele conhecia o HiperDia – Sistema de Informações de Hipertensão e Diabetes, sabia que existia, mas nunca havia usado. Encontrou o seguinte relatório:

Tabela 4 - Número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão por sexo, tipo e risco, agrupado por município, período de 01/2009 até 12/2009.

MUNICÍPIO	Nº DE DIABÉTICOS				Nº DE HIPER-TENSOS		Nº DE DIABÉTICOS COM HIPERTEN-SÃO		Nº DE HIPERTENSOS POR RISCO			
	TIPO 1		TIPO 2						BAIXO	MÉDIO	ALTO	MUITO ALTO
	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM	MASC	FEM				
Recaminho	6	8	8	9	201	364	45	110	60	151	87	94
TOTAL	6	8	8	9	201	364	45	110	60	151	87	94

Fonte: SIH/SUS

Cândido percebeu que havia sub-registro dos diabéticos no seu município. Como isso é possível, tendo em vista que suas leituras relatavam que os custos diretos para o atendimento do diabetes mellitus variam de 2,5 a 15 % dos gastos nacionais com saúde? Tentou apurar outras informações que o ajudassem. O TabWin, que detalha a informação da produção (SIA- Sistema de Informações Ambulatoriais) ao nível da unidade, poderia ajudá-lo, e ele começou a explorar, apurando alguns procedimentos que ele considerou relacionados a diabetes.

Tabela 5 – Procedimentos da tabela SIA-SUS relacionadas ao diabetes, quantidade e valores pagos. Recaminho, UF. Brasil, 2008 e 2009.

PROCEDIMENTO	2008		2009	
	QTDE	VALOR R$	QTDE	VALOR R$
CINTILOGRAFIAS MIOCÁRDIO	0	0	0	0
CONSULTA BÁSICA / PAB	221.780	0	132.819	0
CONSULTA ENDOCRINOLOGIA	455	3.435,25	677	5.262,35
CONSULTA OFTALMOLOGIA	1.024	7.732,20	959	7.240,45
FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	0	0	0	0
FUNDOSCOPIA	0	0	0	0
GLICOSE	7.299	13.503,15	7.441	13.765,85
MAPEAMENTO DE RETINA	0	0	0	0
HEMOGLOBINA GLICOSILADA	359	2.670,96	361	2.686,81
RETINOGRAFIA (COLORIDA)	0	0	0	0
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE	0	0	0	0
TOTAL	**230.917**	**16.174,11**	**142.257**	**28.955,46**

Fonte: SIH/SUS

Os quantitativos não o ajudaram. Percebeu que não parecia ter havido aumento no quantitativo de diagnósticos, tendo ele certeza que o censo populacional apontava um crescimento da sua população.
Porque o município realiza aproximadamente 7.500 exames de glicemia /ano e tem menos de 200 diabéticos informados no Sistema de Diabetes – Hiperdia? Precisava relacionar essas produções com parâmetros esperados. Lembrou então da Programação Pactuada e Integrada (PPI), que a área de planejamento havia realizado. Procurou-os, para maiores informações.
Recebeu a informação de que existem parâmetros da assistência para a diabetes mellitus e ele pôde elaborar a planilha abaixo:

Tabela 6 – Parâmetros ambulatoriais das ações de assistência à saúde, segundo resultado da consulta pública n 02, de 06 de julho de 2009.

DIABETES MELLITUS AÇÕES/POPULAÇÃO ALVO POPULAÇÃO ALVO	PARÂMETRO/% DA POPULAÇÃO POPULAÇÃO MAIOR DE 30 ANOS	M	F	TOTAL
	30 a 39 anos	7.005	7.136	14.141
	40 a 49 anos	4.946	5.161	10.107
	50 a 59 anos	3.339	3.603	6.942
	60 a 69 anos	2.081	2.123	4.202
	70 a 79 anos	1.052	1.144	2.196
	80 anos e mais	403	51	914
	Total	18.826	19.218	38.502
	População Residente por Sexo segundo Faixa Etária Tabnet/ Datasus.gov.br			
Diabetes Mellitus	7,6% pop alvo			2.926
Cobertura	50%(estima-se que cerca de 50% dos casos de DM tipo II permanecem sem diagnostico)			1.463
Atendimento em UBS	Estima-se que 65% da população de diabéticos com diagnóstico são atendidos na atenção básica			950
Cons. Médica	4 cons./pac./ano			3.800
Cons. Enfermagem	6 cons./pac./ano			5.700
Glicemia em jejum	4/pac/ano			3.800
Hemoglobina glicolisada	4/pac/ano			3.800
Atendimento de segundo nível	30% da população de diabéticos na UBS será encaminhada à Unidade de Referência Secundária			285
N° de Consultas. Médica de 2° nível	4 cons./pac./ano dos 30% da população atendida em Unidade de Referência Secundária			1.140

Fonte: SIH/SUS

Considerando as coberturas parametrizadas, que podem ser adequadas a cada realidade e, comparando-as com a produção, Cândido percebeu que alguns procedimentos eram feitos muito acima do necessário, e outros, não eram realizados.

Quantas, do total de consultas da Atenção Básica eram feitas para os pacientes com Diabetes? Ele sabia que o atendimento aos diabéticos é uma das prioridades do Saúde da Família, implantado no município, e em plena expansão. Foi então, ao site do DATASUS, para ver os relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB, e conhecer o que ele fornecia de informações de consultas médicas aos diabéticos. Encontrou o seguinte relatório:

Tabela 7 – Atendimento a pacientes com diabetes mellitus, Programa de Saúde da Família, Recaminho, UF, Brasil, 2008, 2009.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA – PRODUÇÃO E MARCADORES ATENDIMENTO DIABETES SEGUNDO MÊS/ANO	2008	2009
Janeiro	394	668
Fevereiro	457	483
Março	550	127
Abril	458	115
Maio	355	115
Junho	701	76
Julho	648	47
Agosto	701	25
Setembro	415	111
Outubro	550	140
Novembro	550	131
Dezembro	550	183
Total	**6.329**	**2.106**

Fonte: SIH/SUS

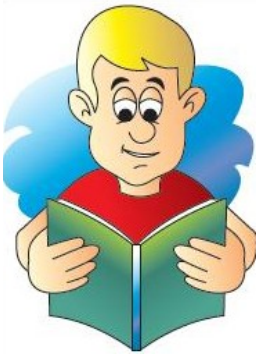
Porque o SIAB teria menos registros de consultas médicas para acompanhamento dos diabéticos em 2009, se a cobertura do PSF está crescendo no município? Porque em alguns meses os números se repetem? Cândido estava se dando conta de que a morte de uma senhora diabéti-

ca e hipertensa, que estava sem uso da medicação indicada por falta da mesma em sua Unidade Básica de Saúde, onde buscou atendimento e não conseguiu, tampouco conseguiu assistência no Pronto Socorro Municipal, na porta do qual morreu revelava a falência do modelo de atenção de Recaminho. Então, como esses dados e informações sobre a assistência – ou a falta dela – aos pacientes diabéticos no município poderiam ajudar que fatos como de Dona Antonia não se repetissem? A tendência de Cândido foi pensar em criar algum "programinha" que pudesse acompanhar os "casos" de diabetes na rede ambulatorial e hospitalar. Ocorre que, existindo tantos sistemas, pensou em otimizá-los, sensibilizando cada ponto do sistema pelas informações que se relacionam ao atendimento de diabetes mellitus. Ele havia aprendido muitas coisas sobre a doença, como o fato de haver "fatores de risco", como idade igual ou maior que 45 anos, sobrepeso ou obesidade, que para isso existia o Índice de Massa Corporal – IMC- calculado pela divisão do peso (em kg) pelo quadrado da estatura (em centímetros).

Imaginou que as equipes de Saúde da Família poderiam utilizar os parques e praças da cidade para realizar essa medida, na tentativa de identificar o maior número de pessoas que demandariam ações preventivas ou de tratamento. Dessa forma, imaginou que o volume das consultas especializadas poderiam estar concentrados naqueles casos complicados, como os diabéticos do Tipo I, as gestantes diabéticas, os casos com retinopatia, com alterações cardiovasculares, renais e neurológicas. Nas suas leituras, obteve a informação de que a Organização Mundial da Saúde estima que após 15 anos da doença, 2% dos diabéticos ficam cegos e 10% tem deficiência visual grave; que 30 a 45% terão alguma retinopatia; 10 a 20% nefropatia, 10 a 25% doença cardiovascular e 20 a 35% neuropatias.

Com essas informações, e a verificação do quantitativo de consultas e procedimentos em cada uma dessas especialidades, Cândido discutiu com a equipe do planejamento, a garantia, por cotas, dessas consultas aos pacientes encaminhados a partir das equipes de Saúde da Família. Por outro lado, ele evidenciou que a secretaria deveria dar condições mínimas para o manejo do diabetes no atendimento ambulatorial, como, por exemplo, material para pesquisa de glicosúria e para monitoramento da glicemia capilar, além, e claro, e, principalmente, dos medicamentos como metformina e sulfoniluréia, e as insulinas de curta e intermediária ação. Importante também foi a conversa que ele teve que fazer com o dono do laboratório, que, por não ter contrato, não realizava um importante exame para acompanhamento do controle dos diabéticos, a hemoglobina glicosilada. Como a contratualização era parte da sua competência, aproveitou o ocorrido para realizar o primeiro contrato dessa gestão com o laboratório, que passou a realizar o exame indispensável para o acompanhamento dos diabéticos, e ainda pode acrescentar como uma das cláusulas do contrato, a climatização da sala de coleta de sangue, pois a temperatura elevada altera os exames confirmatórios da diabetes, como o da sobrecarga de glicose. Ele pensou também em incluir uma cláusula para que o laboratório enviasse, juntamente com o disquete para recebimento da produção, um relatório com o resultado desses exames para que Cândido pudesse usá-lo na avaliação posterior dos diabéticos acompanhados pela rede. Ele sabia que a redução de cada ponto percentual desse exame significa a redução das complicações do diabetes.

Cândido aprendeu muito com a morte de Dona Antônia, e talvez a atenção aos diabéticos de Recaminho possa ter iniciado de forma mais sistêmica a partir desse óbito.



AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A cultura avaliativa deve ser implementada junto aos sistemas de forma ampliada, além da avaliação dos programas e serviços. A avaliação para a gestão deve produzir informação e conhecimento que servirá como fator orientador de decisão dos gestores do SUS. A avaliação permite identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, devendo ser realizada de forma sistemática retro-alimentando o processo de planejamento e contribuindo com a transformação da gestão.

No entanto, o SIA/SUS, exceção as APAC e ao BPAI (a partir de 2008), ao priorizar a informação da produção de forma quantitativa e financeira não permitindo a individualização de usuários ou de diagnósticos, da frequência de utilização da rede; da procedência e a implantação ainda incipiente do Cartão Nacional de Saúde aliados a falta de infra-estrutura dos serviços de controle e avaliação, entre outros fatores, têm levado os municípios à situação de manter diversas práticas de controle e escassas práticas de avaliação na sua produção ambulatorial.

As diferentes concepções de avaliação trazem como pontos comuns: a comparação do que é observado com o que foi idealizado e a emissão de um juízo de valor sobre a diferença encontrada. Assim, o que se verifica, a forma de medir, o referencial de comparação e os graus de valoração são componentes importantes do processo de avaliação, seja uma pesquisa avaliativa, seja a chamada avaliação para a gestão.

Na avaliação, o processo comparativo pode se dar em referência ao comportamento do que é observado no tempo (tendência/série histórica), ou em relação aos seus semelhantes (comparação) ou ainda a padrões e parâmetros reconhecidos e consensuados (adequação). Portanto, os melhores parâmetros devem ser os mais compatíveis com a diferença prevista entre a situação a ser avaliada e a pretendida no âmbito da própria gestão, coincidindo, ou não, no prazo estabelecido, com o parâmetro máximo estabelecido (padrão ouro). Por sua vez, os melhores indicadores são aqueles definidos em função do que se quer avaliar e do que se pretende atingir, devendo ser elaborados a partir dos dados existentes e disponíveis.

Trata-se da análise da estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o Sistema de Saúde. É fundamental a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem: acessibilidade; integralidade da atenção; resolubilidade; e a qualidade dos serviços prestados.

A avaliação permite identificar os pontos fortes e os aspectos gerenciais menos desenvolvidos em relação ao modelo – que podem ser considerados como oportunidades de melhoria da organização, ou seja, aspectos que devem ser objeto das ações de melhoria. Quando realizada de forma sistemática, a avaliação da gestão funciona como uma oportunidade de aprendizado sobre a própria organização e também como instrumento de internalização dos princípios, valores e práticas da gestão pública.

A avaliação pode ser direta, por meio da observação, coletando-se dados primários ou pode ser indireta, por meio da análise de indicadores. Os indicadores podem ser de gestão dos sistemas de saúde ou podem traduzir especificamente os serviços de saúde. O olhar direto nos serviços e sistemas de saúde é realizado sistematicamente pelas equipes de vigilância

sanitária, do controle de ações de serviços de saúde, da auditoria do SUS, do controle social e das áreas técnicas especializadas (CNES, PNASS, HUMANIZA SUS, QUALI SUS, Hospitais Universitários, Credenciamento de Alta Complexidade, etc.). É importante que se exerça uma ação de avaliação direta sistemática, além da avaliação indireta por indicadores e da ação fiscalizatória por demandas. Por sua vez, para que ocorra avaliação indireta é necessário que os registros sejam fidedignos, estejam sob monitoramento e que se agregue capacidade analítica às equipes locais.
A avaliação pode ocorrer nos vários níveis e dimensões:ações, serviços, estabelecimentos e sistemas de saúde, de acordo com os objetivos da gestão e da intencionalidade do processo avaliativo. Na gestão, o principal objetivo dos processos avaliativos é a implementação de melhorias. A Figura 1 apresenta as dimensões e níveis da avaliação.

Figura 1- Dimensões e níveis da avaliação.

Fonte: (HARTZ, 2000)

AVALIAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

As definições, conceitos e categorias analíticas usadas para definir ou analisar os sistemas de saúde variam segundo valores, princípios e concepções existentes sobre o que é saúde e qual o papel do Estado em relação à saúde da população que vive em seu território.

Portanto, para definir e avaliar os sistemas de saúde parte-se, aqui, do que está legislado para o Sistema Único de Saúde, no qual saúde é conceituada como resultante das condições sociais e históricas de vida, é tomada como direito de cidadania, devendo o Estado garanti-la por meio da implementação de políticas públicas.

Sistema de saúde não será entendido apenas como uma rede prestadora de serviços, mas como uma complexa e organizada resposta social e política, às necessidades, demandas e direitos em saúde, em determinada sociedade e época, pressupondo a prestação de serviços individuais e coletivos, assim como a participação em ações intersetoriais que visem melhorar a saúde da população.

Nessa concepção, sistemas de saúde, correspondem a complexas estruturas sociais, compostas por distintos elementos que se inter-relacionam para produzir alguma resposta em saúde. Estes elementos são as unidades, setores programáticos, redes ou subsistemas, que funcionam a partir de uma gama de processos de trabalho, operados por trabalhadores e profissionais de saúde, que munidos de insumos, instrumentos, tecnologias e saberes, produzem ações e serviços de saúde.

Os sistemas de saúde não são estruturas que funcionam automaticamente, desprovidas de

sentido, mas funcionam a partir de finalidades, que dizem da quantidade e da qualidade das respostas a serem dadas, de como serão financiadas, de como será organizada a produção e a distribuição das ações e serviços de saúde, enfim, dos graus de como, de fato, a saúde será tomada como um bem inalienável de indivíduos, do coletivo e como um direito de cidadania.

Dizer das finalidades dos sistemas de saúde é dizer da dimensão política, enquanto diretrizes e projetos de determinados grupos sociais que vão conformar o modelo ou modelos de atenção à saúde daquele sistema de saúde, num determinado período. Em outras palavras, os modelos de atenção à saúde são os modos históricos de organizar a produção dos serviços de saúde de um determinado Sistema de Saúde, em geral, num determinado período de governo, com a respectiva gestão em saúde.

Assim, embora se possa tomar os sistemas de saúde como uma estrutura mais perene e, no caso do SUS, componente do Estado, ao conter as finalidades variáveis segundo as políticas, os sistemas de saúde comportam também uma parte mutável, segundo os governos, suas gestões em saúde e os respectivos modelos de atenção à saúde, propostos.

Tomando como base que avaliação é um conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma, avaliar os sistemas de saúde consiste, então, em atribuir um valor ao sistema encontrado, numa comparação com o esperado (preceito legal, ótimo, padrão, meta, etc.), consistindo, assim, numa medida de aprovação ou desaprovação daquele sistema de saúde em relação a um outro (ideal ou real) ou a ele mesmo no tempo.

Partindo das considerações acima, minimamente, pode-se discriminar como aspectos fundamentais para se avaliar os sistemas de saúde no âmbito do SUS:

Quanto ao **O QUE** avaliar:

1. A abrangência do sistema, se nacional, estadual ou municipal, e a respectiva esfera de governo e gestões em Saúde (um governo pode ter mais de uma gestão), considerando que tais esferas são interdependentes, onde a avaliação de uma esfera, embora tenha especificidades, também está condicionada pelo desempenho das outras duas.

2. A pertinência das ações de saúde que foram priorizadas nos planos de saúde, consoante os determinantes e as condições de saúde da população (perfil de natalidade, bem estar, morbidade e mortalidade), em diferentes regiões geográficas e grupos sociais.

3. O modelo (ou modelos) de atenção à saúde, ou seja, os modos de organizar o sistema de saúde, avaliando:

    a) características da gestão/gerência, financiamento, cobertura, acesso, integralidade, hierarquização, regionalização, intersetorialidade, controle social;

    b) de como estas funções se objetivam nas áreas de atenção (redes básica, especializada ambulatorial e hospitalar) e de vigilância (epidemiológica, controle de zoonoses, sanitária);

    c) de como são auxiliadas pelas funções meio de: regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho e educação em saúde; informação e informática, administrativa e financeira; planejamento, orçamento e programação, dentre outras.

Quanto ao **POR QUE** avaliar:

1. Para verificar os graus de efetivação da saúde como direito de todos e os graus de implementação dos princípios e diretrizes do SUS da universalidade de acesso; integralidade e igualdade de assistência; descentralização e o comando único; regionalização e hierarquização; intersetorialidade; cooperação e eficiência dos gestores; eficácia dos serviços; participação da comunidade; todos modulados pela equidade que busca superar as diferenças evitáveis e injustas, isto é, busca a igualdade na atenção com justiça social.

2. Para fazer da avaliação prática permanente de gestão das esferas federal, estaduais e municipais; quando os resultados da avaliação comporiam o quadro de elementos necessários à tomada de decisões rotineiras, a reorientação ou reformulação das ações (regulação, atenção e outras da gestão), assim como se tornariam importantes subsídios para elaboração e implementação dos planos de saúde.

3. Para possibilitar que os resultados do processo avaliativo tornem-se um dos elementos norteadores de financiamento (custeio e investimentos), possibilitando não só o estímulo às melhores performances (de sistemas, estabelecimentos e equipes), mas também para indicar aqueles de performance inferior que se tornariam objetos de ações indutivas que os permitissem galgar graus de desempenho.

Quanto ao **COMO** avaliar:

1. Utilizar, de maneira inovadora e articulada (incluindo o mapeamento geográfico ou geoprocessamento), as bases de dados demográficos, sócio-econômicos, cadastrais (de estabelecimentos, profissionais e usuários), epidemiológicos, orçamentários, de transferências financeiras e de produção dos serviços de saúde.

2. Utilizar dados de pesquisas periódicas (quali-quantitativas) ou da observação direta, como forma de obter informações não disponíveis rotineiramente (satisfação dos usuários, aceitabilidade, padrões de conformidade dos estabelecimentos, etc.).

3. Utilizar indicadores que avaliem estrutura (estabelecimentos; equipamentos; insumos e medicamentos; quantitativos, cargas horárias e categorias dos profissionais; recursos financeiros, etc.), processos (autorização de procedimentos e regulação do acesso, produção de procedimentos da atenção básica e atenção especializada ambulatorial e hospitalar, referências e contra-referências, auditorias, etc.) e resultados (taxas de incidência e prevalência de doenças, taxas de mortalidade por idade e por doenças, satisfação dos usuários, etc.).

4. Utilizar indicadores compostos de desenvolvimento como IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) e Esperança de Vida sem Incapacidade para avaliar as condições de vida e indiretamente resultados dos sistemas de saúde.

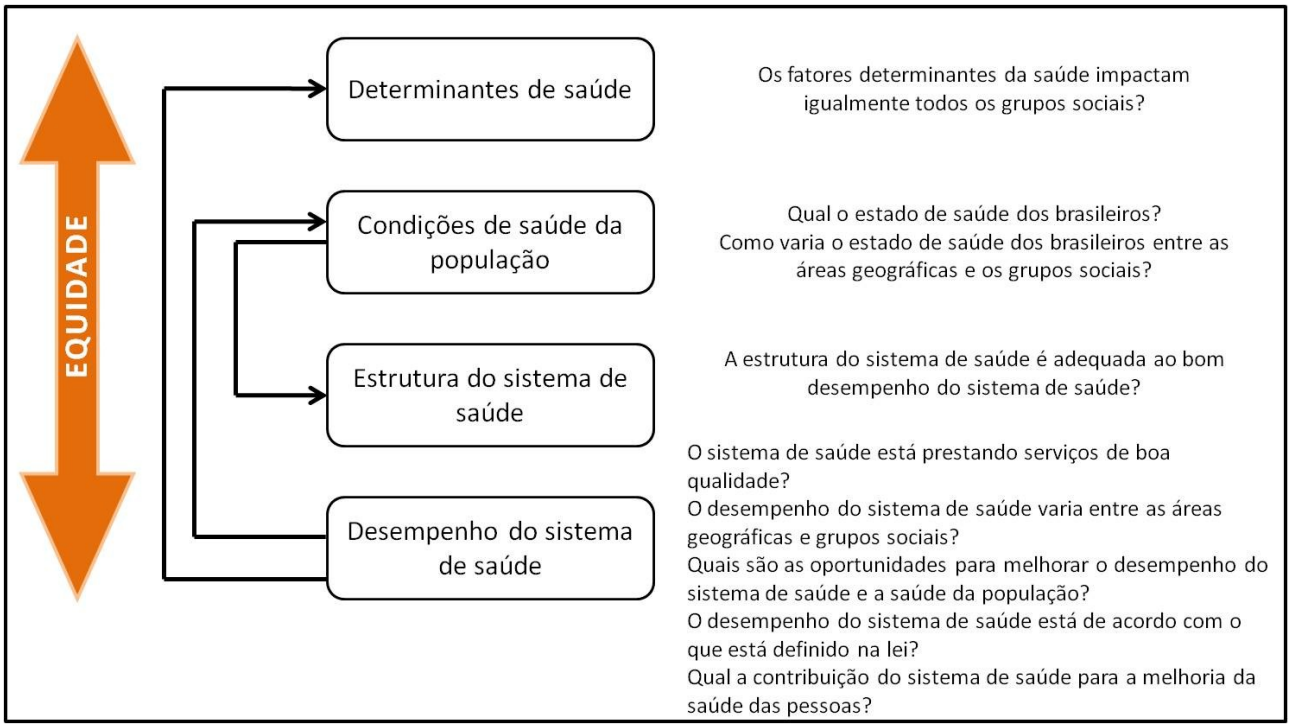
5. Utilizar indicadores que meçam os graus de acesso, eficiência, eficácia, efetividade, aceitabilidade, continuidade, adequação das ações e serviços de saúde.

O Ministério da Saúde, por meio de grupo de pesquisadores vinculados a Abrasco, junto a Fiocruz (www.proadess.cict.fiocruz.br), procura formular metodologia que permita a compreensão de quais são e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS; melhorias na formulação de políticas, além do monitoramento das desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil. A metodologia desenvolvida nutre-se de elementos utilizados nas propostas de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde canadense, australiano, inglês e a da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e tem o formato de um

painel de controle, onde podem ser visualizadas simultaneamente diferentes dimensões da avaliação. Essa proposta toma o contexto político, social e econômico onde seriam identificados os determinantes de saúde (primeira dimensão) associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada, (segunda dimensão), permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbi-mortalidade, ao expressar as necessidades de saúde, orientaria a definição de elementos (terceira dimensão) da estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), que por sua vez condicionaria as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde, objeto principal da avaliação.

As figuras 2 e 3 a seguir sintetizam proposta de avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde, do Proadess – Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde-CICT – Fiocruz.

Figura 2 - Modelo explicativo do desempenho de sistemas de saúde: algumas perguntas



Fonte: (VIACAVA et al, 2004).

Figura 3 - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde.

EQUIDADE

DETERMINANTES DA SAÚDE

AMBIENTAIS	SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS	COMPORTAMETAIS E BIOLÓGICOS
Fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos à saúde.	Características demográficas e socioeconômicas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas com a produção de agravos à saúde.	Atitudes, práticas, crenças, comportamentos, bem como fatores biológicos individuais, que condicionam, predispõem/ influenciam a ocorrência de agravos à saúde.

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

MORBIDADE	ESTADO FUNCIONAL	BEM-ESTAR	MORTALIDADE
Ocorrência de sintomas, doenças, traumas e deficiências.	Ocorrência de limitação ou restrição de atividades cotidianas típicas (funcionalidade).	Qualidade de vida associada ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos.	Padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população.

SISTEMA DE SAÚDE

CONDUÇÃO	FINANCIAMENTO	RECURSOS
Capacidade do governo de formular e implementar políticas da saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas.	Montantes de recursos financeiros e modos pelos quais são captados e alocados.	Conjuntos de pessoas, informações, equipamentos, insumos incorporados na operação do sistema de saúde.

DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

ACESSO	ACEITABILIDADE	RESPEITO AO DIREITO DAS PESSOAS	CONTINUIDADE
Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo.	Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população.	Capacidade do sistema de saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas.	Capacidade do sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada.
ADEQUAÇÃO	**SEGURANÇA**	**EFETIVIDADE**	**EFICIÊNCIA**
Grau com que os cuidados e intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico -científico existente.	Capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.	Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados.	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.

Nota: Equidade é o eixo que corta transversalmente todas as dimensões. Portanto, todas elas devem ser analisadas segundo esta perspectiva, utilizando as variáveis e indicadores mais apropriados a cada uma delas.
Fonte: (VIACAVA et al, 2004)

AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

"O propósito dos sistemas de atenção à saúde, em seu núcleo e por meio de inúmeras partes, é proporcionar o mais alto nível de qualidade ao menor custo, de maneira mais eqüitativa, ao maior número de pessoas". (DONABEDIAN,1985).

São considerados os pilares da qualidade:

- **Eficácia**: é a habilidade da ciência médica em oferecer melhorias na saúde e no bem-estar dos indivíduos.

- **Efetividade**: é a relação entre o benefício real oferecido pelo sistema de saúde ou assistência e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração, em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem as informações e resultados para obter a resultante dessa relação (DONABEDIAN, 1990).
  Efetividade = Melhoria gerada pelo sistema oferecido / Melhoria esperada pelo sistema "ideal".

- **Eficiência**: é a relação entre o benefício oferecido pelo sistema de saúde ou assistência médica e seu custo econômico, representado pela seguinte equação:
  Eficiência = Melhoria gerada pelo sistema oferecido / Custo econômico desse sistema.

- **Otimização**: é o estabelecimento do ponto de equilíbrio relativo, em que o benefício é elevado ao máximo em relação ao seu custo econômico. Em termos gráficos, é o ponto de estabilização da curva de benefícios. Em outros termos, segundo Donabedian (1990), é a tentativa de evitar benefícios marginais a custos inaceitáveis, ou é a relação entre as necessidades reais de saúde (comprováveis epidemiologicamente) e o atendimento das mesmas pelo sistema de saúde.

- **Aceitabilidade**: é a adaptação dos cuidados médicos e da assistência à saúde às expectativas, desejos e valores dos pacientes e suas famílias. Este atributo é composto por cinco conceitos: acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades, preferências do paciente quanto aos efeitos da assistência, preferências do paciente quanto aos custos da assistência (GASTAL, 1995).

- **Legitimidade**: é a possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço à comunidade ou à sociedade como um todo. Implica conformidade individual, satisfação e bem-estar da coletividade.

- **Equidade**: é a determinação da adequada e justa distribuição dos serviços e benefícios para todos os membros da comunidade, população ou sociedade.

Para avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1985).

Os processos de avaliação dos serviços de saúde podem ser internos ou externos. A habilitação pela vigilância sanitária, o credenciamento, a categorização como amigo da criança e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) são exemplos da avaliação interna. Os Prêmios de Qualidade da Gestão e a acreditação são exemplos de avaliação externa. A Acreditação é um procedimento de avaliação sistêmico da qualidade, que procura abranger os aspectos de estrutura, processo e resultados. É voluntário, confidencial, periódico, baseado em padrões previamente conhecidos e executado por uma entidade independente do estabelecimento avaliado. Os processos existentes estão muito baseados no processo iniciado em 1919, quando o Colégio de Cirurgiões adota o "Padrão Mínimo", um conjunto de cinco padrões oficiais para a prestação de cuidados hospitalares, que incluíam a necessidade de existência de um corpo clínico licenciado, de caráter e com ética profissional, a exigência do registro de todos os atendimentos e a existência de instalações adequadas para o diagnóstico e o tratamento.

O PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (PNASS)

A avaliação da atenção à saúde no SUS, apesar de integrante do processo de planejamento, é muito pouco praticada, necessitando de políticas específicas e construções metodológicas coletivas. Compreende a avaliação da qualidade e satisfação dos usuários dos serviços de saúde bem como a avaliação dos sistemas de produção da atenção na execução das ações programadas e pactuadas e dos resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população.

Desde 1998, o Ministério da Saúde (MS) desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracteriza por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto socorro, ambulatório e internação, além da aplicação de um roteiro técnico de avaliação, realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários.

O PNASH foi realizado nos anos de 2001 e 2002. Seu objetivo principal foi a avaliação dos serviços hospitalares, classificando-os em cinco níveis de qualidade: péssimo, ruim, regular, bom e ótimo. A área de saúde mental teve um desdobramento específico por conta desses resultados, gerando impacto na gestão e financiamento dos leitos psiquiátricos.

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, optou por reformular o PNASH, com o objetivo de torná-lo mais amplo, para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde. Assim, a partir de 2004/2005, passou a denominá-lo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

O objetivo do PNASS é avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões. Avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade.

O primeiro desafio metodológico foi desenvolver um instrumento que possibilitasse uma avaliação abrangente, contemplando as mais diferentes realidades. Por conta disto, foram definidas quatro dimensões avaliativas:

- Roteiro de padrões de conformidade.
- Indicadores de produção.
- Pesquisa de satisfação dos usuários.
- Pesquisa das condições e relações de trabalho.

O segundo desafio foi o de possibilitar uma avaliação que permitisse investigar serviços de complexidades distintas, sem que houvesse a necessidade de instrumentos específicos para cada serviço. Por esse motivo, o Roteiro de Padrões de Conformidade foi desenvolvido com critérios que podem ser aplicados nas mais diversas combinações, de acordo com as diferentes realidades dos serviços.

O Roteiro de Padrões de Conformidade está baseado em um sistema de auto-avaliação. Será aplicado um roteiro pelo estabelecimento e outro pelo gestor local. Para efeito avaliativo, será considerado, no cálculo dos resultados, a avaliação realizada pelo gestor local. O processo de auto-avaliação contribui para a estruturação dos serviços de saúde à medida que possibilita o autoconhecimento, por meio da identificação da realidade e necessidades locais. Dessa maneira, o PNASS induz a um processo educativo voltado para os serviços de saúde, uma vez que disponibiliza toda a base legal em que o Roteiro de Padrões de Conformidade foi baseado.

A pesquisa de satisfação dos usuários será realizada pelo gestor local em todos os serviços de saúde. Em relação à quantidade de entrevistas, será apresentado no decorrer desse documento, uma tabela contendo as classes e percentual de usuários a serem entrevistados.

O cálculo amostral para a quantidade de entrevistas da pesquisa das relações e condições de trabalho será realizado de acordo com o número de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Quanto ao fluxo das informações de entrada e saída de dados, esse será gerenciado pelo Sistema de Informação do PNASS – S.I. PNASS, disponível na Internet. O fluxo se inicia com a inserção de uma senha de acesso específica para cada gestor. A partir disto, serão disponibilizadas as informações dos estabelecimentos de saúde, amostra das pesquisas e indicadores.

Para avaliação dos critérios, foram definidos padrões de conformidade sentinelas, ou seja, itens que sinalizam risco ou qualidade, classificados como **imprescindíveis (I)**, **necessários (N)** e **recomendáveis (R)**. Em cada critério há dois itens para cada classificação, totalizando seis itens por critério.

Os padrões classificados como **Imprescindíveis** são exigidos em normas e o não cumprimento desses acarreta riscos imediatos à saúde. Nesse momento, é identificada a necessidade de intervenção urgente. Os padrões classificados como **Necessários** também são exigidos em normas e o não cumprimento acarreta riscos, mas riscos mediatos. Uma vez que não cumprido pelo serviço, é definido prazo para adequação. Os padrões **Recomendáveis** não estão descritos em normas e determinam um diferencial de qualidade na prestação do serviço.

A análise de indicadores é uma das dimensões avaliativas do PNASS. A base de dados a ser utilizada será a do CNES, SIA, SIH e APAC e os indicadores utilizados serão os tradicionais de avaliação, descritos em base normativa do Ministério da Saúde. Será analisada a adequação mediante parâmetros estabelecidos pela média regional e nacional de grupos de diferentes tipologias de serviços (considerando grupos mais homogêneos que permitam maior comparabilidade) e tendência.

PESQUISAS DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS E TRABALHADORES

Os itens a serem verificados na pesquisa de satisfação dos usuários são os seguintes:

- Agilidade no agendamento da consulta
- Agilidade no atendimento
- Acolhimento
- Confiança
- Ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído)
- Roupas
- Alimentação
- Marcas da humanização
- Gratuidade
- Expectativa sobre o serviço

A realização da pesquisa de satisfação dos usuários está baseada em três etapas: apresentação, execução e conclusão. O sucesso da entrevista depende do bom desempenho de todas estas etapas.

A pesquisa das condições e relações de trabalho será realizada por meio de questionário de autopreenchimento pelos profissionais de saúde das classes médica, enfermagem (técnico e auxiliar) e administrativa (auxiliar), avaliando o clima organizacional e a percepção frente à qualidade dos serviços prestados.

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Ministério da Saúde implantou processos de avaliação da atenção básica, incluindo a estratégia da saúde da família. A avaliação da estratégia da saúde da família vem utilizando metodologia de autogestão ou gestão interna dos processos de melhoria contínua da qualidade. Por meio de instrumentos de auto-avaliação e padrões de qualidade definidos especificamente para esse modelo de atenção, oferece aos gestores municipais, coordenadores e profissionais um instrumento de trabalho facilitador para o desenvolvimento de iniciativas de melhoria da qualidade da saúde da família, considerando os propósitos da estratégia. Ela integra um conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e tem como objetivos principais:

- Verificar os estágios de desenvolvimento e de qualidade da estratégia nos municípios considerando os componentes de gestão municipal, coordenação da estratégia e as práticas realizadas nas unidades de saúde da família.

- Identificar os pontos críticos e apoiar os gestores locais no desenvolvimento de planos de ação visando à melhoria da qualidade da estratégia.

Tomando como ponto de partida as definições, princípios e diretrizes estabelecidos para a estratégia Saúde da Família, a proposta permite avaliar duas distintas esferas de atuação em SF – Gestão Local e Equipes de Saúde da Família – por meio de cinco diferentes instrumentos de auto-avaliação e 300 padrões de qualidade voltados para o gestor municipal, a coordenação da estratégia e as equipes.

Utiliza o padrão como uma declaração da qualidade esperada para determinada estrutura, processo ou resultado. Nos instrumentos de auto-avaliação, o conceito de estágios de qualidade perpassa a proposição de cada um dos padrões, que estão assim colocados:

- Padrões do Estágio E – Qualidade Elementar (abordam elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas da estratégia SF).
- Padrões do Estágio D – Qualidade em Desenvolvimento (abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho).
- Padrões do Estágio C – Qualidade Consolidada (abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações).
- Padrões do Estágio B – Qualidade Boa (abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados).
- Padrões do Estágio A – Qualidade Avançada (colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados).

Os registros das auto-avaliações serão feitos em *site* específico, vinculado à Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS/MS com resultados e evolução disponíveis para consulta aos técnicos definidos nas três esferas de gestão, garantindo ao gestor municipal privacidade das informações. A participação está baseada na adesão voluntária, pelos gestores municipais, à proposta de avaliação para melhoria da qualidade. Não estão previstos incentivos financeiros ou sanções relativas aos resultados obtidos, buscando assegurar o componente pedagógico e qualificador da proposta. Maiores informações podem ser verificadas junto ao *site*: www.saude.gov.br/dab/caadab

BIBLIOGRAFIA

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais.** 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar**. [São Paulo], 1994.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, p. 64-71, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 382/GM em 10 de março de 2005**. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-382.htm>. Acesso em: 25 abr. 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 91, de 10 de janeiro de 2007.** Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0091_10_01_2007.html>. Acesso em: 25 set. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: Dos modelos conceituais à prática na análise e implantação de programa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DONABEDIAN, A. The epidemiology of quality. **Inquiry,** Chicago, v. 22, n. 3, p. 282-292, 1985.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Northfield, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

GASTAL, F. L. **Controle estatístico de processo**: um modelo para a avaliação da qaulidade de serviços de internação psiquiátrica. 1995. Tese (Doutorado)– Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo , São Paulo, 1995.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas., Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

LAURENTI, Ruy et al. **Estatística de saúde**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2005.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas,** São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Avaliação qualitativa de programas ou serviços de saúde**. [S.l.]: ENSP/ FIOCRUZ, 1993.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

QUINTO NETO, Antonio. **Processo de acreditação**: a busca da qualidade nas organizações de saúde. Porto Alegre: DaCasa Editora, 2000.

RAMOS, T. B. Sistemas de indicadores e índices ambientais In: CONGRESSO NACIONAL DOS ENGENHEIROS DO AMBIENTE, 4.,1997, Faro, Portugal. **[Comunicação].** [Lisboa]: APEA, 1997. p. IV33-IV43.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações. 2. ed. [S.l.]: OPAS, 2008.

SILVA, Lígia Maria V.; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar., 1994.

SILVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F. J. U.; MACHADO, M. H. **Planejamento criativo**: novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**: Um modo de fazer. [São Paulo]: EDUSP, 2001.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VUORI, H. V. **El control de calidad en los servicios sanitarios**: conceptos y metodologia. Barcelona: Ed. Masson, 1988.

WILLIAMSON, J. W. Evaluating quality of patient care: a strategy relating out come and process assessment. **JAMA,** Chicago, v. 218, n. 4, p. 564-569, 1971.

WILLIAMSON, J. W. Formulating priorities for quality assurance activity: description of a method and its application. **JAMA**, Chicago, v. 239, n. 7, p. 631-637, 1978.

WILLIAMSON, J. W. et al. Priority setting in quality assurance reliability of staff judgements in medical institutions. **Medical Care**, Philadelphia, v. 16, n. 11, p. 931-940, 1978.

WILLIAMSON, J. W.; BRASWELL, H. R.; HORN, S. D . Validity of medical staff judments in stablishing quality assurance priorities. **Medical Care**, Philadelphia, v. 17, n. 4, p. 331-346, 1979.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

MÓDULO 4
AUDITORIA NO SUS

- **Oficina 4.1 – Auditoria no SUS**
- **Oficina 4.2 – Auditoria Analítica**
- **Oficina 4.3 – Auditoria Operativa**
- **Oficina 4.4 – Auditoria de Gestão**

Oficina 4.1. Auditoria no SUS

Objetivo:

- Favorecer o reconhecimento e a apropriação do papel da auditoria no SUS como ferramenta de gestão, integrada aos processos de planejamento, regulação, avaliação e controle.

Conteúdos:

- Auditoria como estratégia para a responsabilização social.
- Auditoria no Sistema Único de Saúde
- Diretrizes da Auditoria no SUS
- Sistema Nacional de Auditoria - SNA
- Objetos e Objetivos da Auditoria em Saúde
- Classificação das Auditorias

Atividades:

1. Em grupo, prepare uma dramatização sobre a atuação da auditoria em um serviço de saúde.

2. Apresente em plenária a dramatização e participe da sistematização sobre a atuação da auditoria.

3. Em plenária participe da leitura coletiva e discussão do texto adaptado "Por que tenho medo de ser auditado" nas págs. 212 e 213.

4. Retorne ao grupo, leia o texto base desta Oficina e discuta as questões:

- Qual o papel da auditoria no contexto do SUS?
- O que difere a auditoria em saúde no SUS das demais auditorias?
- Quais as diferenças e interfaces da auditoria em relação ao processo de planejamento e regulação?

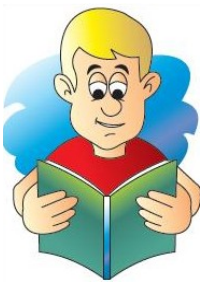
Sistematize as conclusões para apresentação em plenária.

5. Apresente em plenária as conclusões da atividade anterior.

6. Leia em momento de seu interesse o texto base da pag. 204 a 211.

7. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag., 206.

AUDITORIA COMO ESTRATÉGIA PARA A RESPONSABILIZAÇÃO SOCIAL



A Auditoria é considerada em sua versão mais atual como um poderoso instrumento gerencial, que permite o conhecimento, a validação, a interpretação, a análise e a otimização da informação. Na auditoria do sistema público de saúde, este conceito é ainda mais fundamental porque existe uma questão ética que permeia a necessidade da destinação correta dos recursos públicos, a definição das prioridades e a garantia do acesso humanizado com qualidade do cidadão aos serviços de saúde.

A Auditoria é uma ferramenta preciosa para o gestor na garantia do direito à saude. A noção mais ampla do conceito e do papel da Auditoria, nem sempre é compreendida pelos gestores do SUS. Geralmente as funções do Auditor se confundem com funções de Regulação, Controle e Avaliação, como a emissão de AIH's e a autorização de procedimentos ambulatoriais para citar algumas.

A auditoria deve atuar quando as funções de controle, avaliação e regulação sinalizarem distorções ou quando estas ações mostrarem-se insuficientes para prevenir ou corrigir as falhas. Portanto, a preexistência desses mecanismos, associada aos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, são elementos essenciais para a fundamentação e a abertura de processos de auditoria.

É ferramenta importante na garantia da efetividade do controle social. Os Conselhos de Saúde, ao terem acesso aos produtos das auditorias, encontrarão importantes informações para sua ação, possibilitando interferir positivamente na definição das políticas públicas de saúde e/ou recondução das práticas, por meio do exercício de sua função de indutor da responsabilidade governamental, entendida como a capacidade dos governos em responder à confiança, às necessidades e expectativas da população.

O Pacto de Gestão 2006 vem resgatar a "responsabilidade sanitária" dos gestores sobre seus munícipes, atribuindo-lhes a responsabilidade de prover a população de todos os recursos necessários para sua atenção integral, seja no âmbito do seu próprio município seja em outros sistemas municipais, por meio de pactos intergestores. Nessa perspectiva, a auditoria, nas três esferas de governo, mais precisamente nos estados e municípios, locus onde ocorrem as ações, deverão verificar sistematicamente se os gestores do SUS e a rede de serviços sob sua responsabilidade estão realmente trabalhando em defesa da saúde de sua população.

AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 definiu a implantação do Sistema Único de Saúde - SUS estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada, de acesso universal e baseado na equidade, universalidade e integralidade das ações da saúde.

Anteriormente, a assistência médica financiada pelo governo federal era prestada através do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, sendo voltada às ações curativas, com a manutenção de serviços ambulatoriais e de hospitais próprios e a contratação de serviços para complementar as suas atividades. A atuação do INAMPS junto a esses prestadores contratados visava controlar a produção e os gastos na assistência médica através da revisão de registros de atendimento e de faturas.

Nessa perspectiva, o INAMPS mantinha a visão da auditoria como controle financeiro, referente à produção dos serviços contratados. Atuava em um modelo baseado na produção e pagamento de procedimentos realizados, com ações de fiscalização e atitudes punitivas.

Ao incorporar o INAMPS através da lei nº 8.689 de 27/07/93 o Ministério da Saúde incorporou, também, sua lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros. Essa mesma lei, em seu artigo 6º, institui no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Dessa forma modo, o SUS, a despeito de seus princípios e diretrizes inovadores, inicia sua atuação de controle na área da assistência à saúde com caráter universal e integral, utilizando práticas de uma instituição organizada para prestar e controlar a assistência à saúde centrada em ações curativas a uma determinada parcela da população, constituída pelo previdenciário e seus dependentes, voltada para a recuperação da saúde e ao sofrimento individual.

O SUS é herdeiro dessas práticas institucionais marcadas pela compra de serviços orientada pela oferta dos mesmos pelos prestadores e das atividades de controle do INAMPS.

A gestão descentralizada, como diretriz do SUS, normatizada pelas Normas Operacionais Básicas – NOB, trouxe autonomia para estados e municípios e obrigou que fossem criados mecanismos de regulação, controle e auditoria nas três esferas de governo sendo que as práticas do gestor federal foram adotadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde mantendo-se no SNA o mesmo modelo.

Esse modelo de atuação tem sua razão de existir. Não se pode negar um histórico de distorções, erros e fraudes tanto referentes à produção das ações de saúde pelos prestadores, quanto ao sistema e à sua gestão. No entanto, se adequado para aquele momento, esse modelo é insuficiente em um sistema de saúde universal e de assistência integral.

É de se esperar que um sistema de auditoria, nesta política pública representada pelo SUS, tenha como objetivo ajudar a garantir e a melhorar a qualidade da atenção integral, buscando o acesso universal e igualitário para além do desempenho da necessária função de prevenir ou coibir a malversação dos recursos públicos, destinados à Saúde com foco no pagamento de serviços prestados e financiamento das ações prestadas.

Evolução da Auditoria no SUS

O SUS é um sistema complexo e em evolução, e seu amplo arcabouço jurídico, com leis, normas, resoluções e portarias, princípios e diretrizes distintas, estabelece mudança dos modelos assistencial e de financiamento, além do fortalecimento das instâncias de participação social. Assim, a auditoria ganha um aspecto adicional de avaliação de serviços e de gestão. A auditoria, se antes agindo apenas na atividade de controle financeiro e de algumas atitudes pontuais, passa a ser uma poderosa ferramenta de gestão do SUS, com o foco principal na qualidade de serviço e na garantia dos direitos do cidadão.

Neste sentido é fundamental a ressignificação das ações de auditoria desenvolvidas pelo SNA. Nas três esferas de gestão o processo de trabalho da auditoria vem passando por mudanças das práticas focadas apenas na concepção fiscalista para uma auditoria mais ampla na perspectiva da saúde coletiva, que avalia as ações preventivas e a qualidade da assistência e da gestão prestadas, buscando formas intersetoriais de ação visando, especialmente, a redução das iniqüidades, garantia do direito ao acesso, a eficiência das ações e serviços, medida por indicadores de saúde e a efetividade da participação e controle social, sem prejuízo das demais funções.

A ressignificação das praticas de auditoria surge do entendimento da auditoria como parte integrante da gestão participativa, como instrumento de qualificação da gestão e da necessidade do SNA ampliar o dialogo com as políticas públicas. É importante que os auditores compreendam que o orçamento do setor saúde é direcionado a uma política pública que atende a uma necessidade social, devendo refletir na melhoria da qualidade de vida da população. Portanto,

o recurso colocado a disposição dessa política, deve, de alguma forma, se transformar em algo que a demanda social possa entender e dialogar.

DIRETRIZES DA AUDITORIA NO SUS

As diretrizes da auditoria no SUS são:

- **Capilaridade, descentralização e a integração vertical** para garantir atuação em todo o território nacional, com divisão e definição de tarefas específicas de cada nível de gestão do SUS;
- **Integração horizontal** com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS, como planejamento, controle e avaliação, regulação e vigilância em saúde e outros órgãos públicos como o Ministério Público, a Controladoria Geral da União, os Tribunais de Contas, os conselhos de saúde, entre outros e;
- **Foco na qualidade das ações e serviços e nas pessoas** com ênfase na mensuração do impacto das ações de saúde e a respectiva aplicação dos recursos, na qualidade de vida e na satisfação do usuário.

As competências da auditoria de acordo com a esfera de gestão estão organizadas no quadro 1.

Quadro 1 – Competências da auditoria.

NO PLANO FEDERAL	NO PLANO ESTADUAL	NO PLANO MUNICIPAL
As ações e serviços de saúde de abrangência nacional, em conformidade com a política nacional de saúde.	As ações e serviços previstos no plano estadual de saúde.	As ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde.
Os serviços de saúde sob sua gestão.	Os serviços de saúde sob sua gestão sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados.	Os serviços de saúde sob sua gestão sejam públicos ou privados, contratados e conveniados.
Os sistemas estaduais e municipais de saúde.	Os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde.	As ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual o município esteja associado.
A aplicação dos recursos federais transferidos aos estados e municípios mediante análise dos relatórios da gestão.	A aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios, de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada.	
Mecanismos de controle, avaliação e auditoria dos estados e municípios. As ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos estaduais e municipais de controle, avaliação e auditoria.	Mecanismos de controle, avaliação e auditoria dos municípios. As ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.	

Fonte: Decreto nº 1.651, de 28.09.95, Art. 5º, incisos I, II e III, modificado do original, Decreto nº 4.726 de 09/06/2003 e Lei nº 10.683 de 28/05/2003.

SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA - SNA

A Auditoria no Sistema Único de Saúde está organizada por meio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituído pelo art. 6o, da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, e regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que estabelece suas atividades:

I.Controle da execução dos serviços para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento.

II.Avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade.

III.Auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Composição do Sistema Nacional de Auditoria - SNA

Compõem o Sistema Nacional de Auditoria – SNA:

• Ministério da Saúde – por meio do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – DENASUS, e pelas Divisões e Serviços de Auditoria – DIAUD e SEAUD nos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde e no Distrito Federal;

• Secretarias Estaduais de Saúde, por meio do Componente Estadual de Auditoria;

• Secretarias Municipais de Saúde, por meio do Componente Municipal de Auditoria.

O Decreto 5.841 de 13/07/2006 estabelece na seção II, artigo 30 a competência do DENASUS:

I. Auditar e fiscalizar a regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas no âmbito do SUS;
II. Verificar a adequação, a resolubilidade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população;
III. Estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e padronização das ações de auditoria no âmbito do SUS;
IV. Promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS
V. Promover, em sua área de atuação, cooperação técnica com órgãos e entidades federais, estaduais e municipais, com vistas à integração das ações dos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Auditoria - SNA, com órgãos integrantes dos sistemas de controle interno e externo;
VI. Emitir parecer conclusivo e relatórios gerenciais para:
   a. Instruir processos de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde de valores apurados nas ações de auditoria;
   b. Informar a autoridade superior sobre os resultados obtidos por meio das atividades de auditoria desenvolvidas pelos órgãos integrantes do SNA;
VII. Orientar, coordenar e supervisionar, técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelas unidades organizacionais de auditoria dos Núcleos Estaduais;
VIII. Apoiar as ações de monitoramento e avaliação da gestão do SUS;
IX. Viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo da auditoria no SUS.

A legislação do SUS estabelece a criação e funcionamento dos componentes federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal do SNA, os quais devem ter lugar formal na estrutura organizacional e devem ser instituídos por lei ou por decreto.

Estrutura dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria - SNA

Os órgãos de auditoria do SUS devem ter infra-estrutura mínima (instalações físicas, tipo e quantidade de equipamentos e demais recursos materiais) compatível com a extensão, perfil e a complexidade da rede de serviços nos estados e municípios, o volume de contratos firmados

com a rede complementar, dentre outros, podendo variar de estado para estado, de município para município. O importante é que tenham suficiência de recursos para o bom desempenho de todas as ações atinentes à auditoria.

Equipe mínima dos serviços de auditoria

Considerando as atribuições que o Sistema Nacional de Auditoria possui, de acordo com a Lei 8.689/93: "§ 1º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada", entende- se que a equipe de auditoria deva ser composta com a variedade de categorias profissionais que dê conta dessas atribuições. Sendo assim, recomenda-se que haja profissionais da área assistencial e da área de recursos financeiros e patrimoniais, na quantidade necessária ao desenvolvimento dos trabalhos, devendo ser incorporados outros profissionais, de acordo com a necessidade/possibilidade da secretaria ou órgão equivalente.

Havendo necessidade de especialistas e/ou profissionais de categorias que não fazem parte do quadro do componente de auditoria, para atuarem em ações pontuais (exemplo: farmacêutico, engenheiro, advogado, nutricionista, entre outros), a secretaria estadual/municipal deverá solicitar a participação desses profissionais de outras instâncias para atuarem como peritos em uma ação de auditoria.

Nesse caso, o profissional deverá ser designado para a atividade por portaria do respectivo chefe do Poder Executivo, para evitar questionamentos sobre competências e legalidade dos trabalhos por ele desenvolvidos.

Todos os auditores deverão ter conhecimento técnico para as ações de auditoria, sendo a formação / capacitação desses de responsabilidade dos três níveis de gestão.

OBJETOS DA AUDITORA

As práticas de saúde desenvolvem-se em diferentes níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individualizado, pontual, prestado por um determinado profissional, passando pelos serviços prestados por um conjunto de profissionais que atendem em um determinado serviço ou estabelecimento de saúde, até o nível dos sistemas municipais, estaduais e nacionais de saúde. Cada um desses níveis de organização da atenção à saúde – ações, serviços e sistemas – pode ser tomado como objeto da auditoria no âmbito do SUS.

Conforme o nível da realidade do objeto que está sendo auditado, a abordagem e os procedimentos serão diferentes. Se a auditoria é voltada para um atendimento individual, pontual, ganham relevância as relações que se estabelecem entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, bem como os aspectos técnicos do cuidado; se o objeto da auditoria é um sistema de saúde (municipal, estadual, nacional), ganham relevância aspectos como o financiamento, a acessibilidade, a cobertura, a equidade, a qualidade e o controle social.

Também são objetos de auditoria as ações ou problemas, que podem ser abordados por meio da lógica da vigilância à saúde e, mais recentemente, por meio da lógica das linhas de cuidado, preconizadas no modelo de proteção à vida.

Dependendo do objetivo da auditoria, cada objeto pode ser abordado com diferentes focos, entretanto, é necessário observar que esses focos estão inseridos em um contexto que deve ser considerado na abordagem :

- o foco da aplicação dos recursos;
- o foco da prestação de serviços/organização das ações e serviços de saúde;
- o foco do impacto das ações de saúde.

Dessa forma, podem constituir objeto do exame de auditoria:

a) Gestão e execução dos planos e programas de saúde nas três esferas de governo, que envolvam recursos públicos, observando os seguintes aspectos:
   - organização;
   - cobertura assistencial;
   - perfil epidemiológico;
   - quadro nosológico;
   - resolutividade;
   - eficiência, eficácia, efetividade e qualidade da assistência prestada à população;
   - adequação dos recursos objeto de transferências governamentais e a sua aplicação.
b) Os contratos firmados pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com a rede complementar, para a prestação de serviços na área ambulatorial e hospitalar, bem como execução de obras e fornecimento de equipamentos/materiais.
c) Os convênios, acordos, termos de ajustes de metas, termos de compromisso e instrumentos similares firmados entre as três esferas de governo e desses com a rede de prestadores de serviços assistenciais;
d) A prestação de serviços de **promoção, prevenção,** recuperação e a **reabilitação da** saúde na atenção básica e especializada;
e) A aplicação de recursos;
f) Denúncias.

Essas auditorias, geralmente oriundas de denúncias dos próprios usuários, são de grande importância, pois visam garantir o exercício do direito à saúde e devem ser objeto de atenção dos componentes municipais e estaduais de auditoria. Não são raras às vezes em que essas denúncias têm como desdobramento, auditorias de gestão.

OBJETIVOS DA AUDITORIA

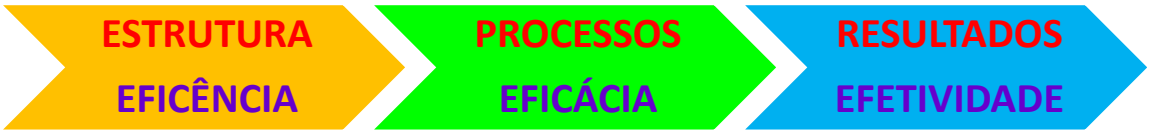
Os objetivos da auditoria podem ser sintetizados como:

1. Verificar e validar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da atenção à saúde;
2. Verificar a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam aos componentes do SNA conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos na atenção à saúde;
3. Verificar os componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, por meio da detecção de desvios dos padrões estabelecidos;
4. Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário.
5. Possibilitar ao controle social o conhecimento de fatos e atos dos gestores da saúde, de forma transparente, para compatibilizar e pactuar o interesse público.

O modelo de avaliação da qualidade de Donabedian

Conceitualmente, a auditoria constitui-se em um conjunto de técnicas que tem como objetivo verificar estruturas, processos, resultados e a aplicação de recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e determinados critérios técnicos, operacionais ou legais. Sendo assim, desenvolve-se o Modelo de Avaliação da Qualidade segundo Donabedian (1990), conforme figura 1.

Figura 1 - Modelo de Avaliação da Qualidade segundo Donabedian.



Fonte: (DONABEDIAN,1990)

A **estrutura** se refere às informações que possibilitam o conhecimento das condições físicas e instalações; instrumentos e equipamentos; estrutura organizacional; a distribuição geográfica e a capacidade instalada dos serviços e equipamentos de saúde.

A disponibilidade de ações, serviços e equipamentos de saúde devem ser cotejadas com as necessidades de cobertura para a população assistida. Também neste item deve-se relacionar a disponibilidade de profissionais de saúde, relacionando seus vínculos de trabalho e nível de capacitação, individualmente.

É importante lembrar que na avaliação da estrutura, alguns itens relativos às condições físicas/ instalações poderão ser passíveis de sanções aplicadas pelo órgão de vigilância sanitária competente, devendo o mesmo ser notificado quanto às infrações encontradas.

Poderão ser identificadas distorções quanto: ao nº de Unidades Básicas de Saúde (UBS), cobertura do PSF, composição das equipes, estrutura física das UBS, ou mesmo deficiência de leitos hospitalares.

São fatores que refletem diretamente a qualidade da atenção e as condições de acesso ao sistema de saúde.

O **processo** se refere ao conjunto de ações realizadas na atenção direta à saúde, desde a atenção básica até questões relativas ao acesso aos demais níveis de complexidade, referência e contra-referência, centrais de regulação, rotinas do sistema municipal, protocolos, fluxos, política de educação permanente, etc. Na avaliação desse item deverão ser auditados, por amostragem, os documentos: cadastros, prontuários, documentação dos programas, fichas de notificação e outros que permitam validar as informações prestadas pelo gestor.

Poderão ser identificadas distorções quanto aos fluxos e rotinas de pré-natal ou programa de acompanhamento de gestantes instituído pelo município, ou ausência de programas preventivos para infância, ou ainda deficiências no atendimento hospitalar como, por exemplo, ausência de plantão médico pediátrico

O **resultado** deverá contemplar as mudanças verificadas no estado de saúde da população, por meio da análise da evolução dos indicadores epidemiológicos, além dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, da Vigilância da Saúde e relatórios de produção do DATASUS.

CLASSIFICAÇÃO DAS AUDITORIAS

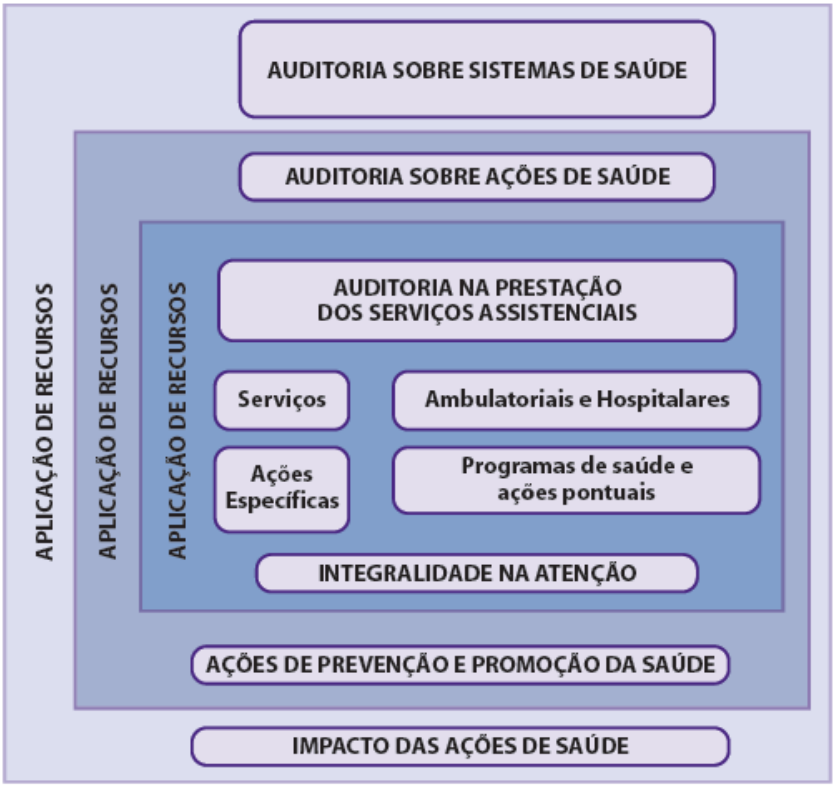
As auditorias podem ser classificadas de acordo com os seguintes aspectos:

1. De acordo com o TIPO DE AUDITORIA.
2. De acordo com a NATUREZA DA AUDITORIA.
3. De acordo com a FORMA DA AUDITORIA.

1. **Tipo de Auditorias**

- Auditoria de Sistemas de Saúde (Gestão).
- Auditoria de Serviços e Ações de Saúde (Atenção).
- Auditoria de recursos financeiros e de qualidade são transversais a qualquer tipo de auditoria.

Figura 2 - Tipos de auditoria.



Fonte: Adaptado de (BRASIL, 1995)

2. **Natureza das Auditorias**
   - Regular ou Ordinária – ações inseridas no planejamento anual de atividades dos componentes de auditoria.
   - Especial ou Extraordinária – ações não inseridas no planejamento, realizadas para apurar denúncias ou para atender alguma demanda específica.
3. **Forma da Auditoria**
   - **Direta** – ação realizada com a participação de técnicos de apenas um dos componentes do SNA.
   - **Integrada** – ação realizada com a participação de técnicos de mais de um dos componentes do SNA. Ex.: Auditoria realizada por técnicos dos componentes federal e estadual, estadual e municipal e ainda federal e municipal.
   - **Compartilhada** – ação realizada com a participação de técnicos do SNA, junto com os demais técnicos de outras instituições de controle (TCU, CGU).

Execução da auditoria

De acordo com as fases de execução as auditorias podem ser:

- **Analítica** – é um conjunto de procedimentos especializados que consistem na análise de relatórios, processos e documentos, com a finalidade de subsidiar a verificação *in loco*, compondo o planejamento da auditoria operativa. Nessa fase do processo, utilizam-se dados extraídos dos Sistemas de Informações. Pode também se configurar um fim em si mesma sem, necessariamente, gerar uma ação operativa.
- **Operativa** – é um conjunto de procedimentos especializados que consiste na verificação *in loco* do atendimento aos requisitos legais/normativos, que regulam os sistemas e atividades relativas à área da saúde, por meio do exame direto dos fatos, documentos e situações, para determinar a adequação, a conformidade, economicidade, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e efetividade dos processos para alcançar os objetivos propostos.

"Por que tenho medo de ser auditado?"

Adaptado do livro: Modern Internal Auditing: What's it all about? The Grandfather's Dialogue, de Lawrence B. Sawyer (1974)

Tenho me questionado muito sobre porque as pessoas não gostam de auditoria. Embora eu acredite que ninguém goste de ser fiscalizado, não consigo entender como as pessoas criam estereótipos tão fortes que se perpetuam pelos tempos. Por mais que tentemos nos mostrar como "consultores" ou que realizemos um trabalho para auxiliar a administração no desenvolvimento de suas atribuições, sempre somos vistos com rejeição. Se observarmos bem, vamos ver que nós, auditores, também alimentamos nosso ego com o medo que as pessoas têm do nosso trabalho. Medo e poder andam lado a lado; se temos medo de alguém é porque ele exerce certo poder sobre nós. Assim, muitos auditores preferem criar o temor para que seu poder seja exercido.

Muitas vezes o auditor não percebe que está criando esse clima de medo e, talvez em função da carga de trabalho que tem, não lhe sobre tempo para trabalhar suas relações com as pessoas [...].

Vamos imaginar que você foi contratado para executar uma tarefa, mas existe uma pessoa que tem a função de avaliar sua atuação e confeccionar um relatório para seu chefe sobre essa atuação. O que você pensaria sobre aquela pessoa? Provavelmente, a palavra mais adequada que você acharia para classificá-lo seria a de dedo-duro.

Com o auditor ocorre o mesmo. A cada auditoria ele tem que enfrentar um conjunto de regras novas, fazer perguntas e obter cooperação para conseguir realizar o seu trabalho. Ele nunca conseguirá realizar um bom trabalho se não conseguir a cooperação das pessoas. Alguns auditores têm a noção clara de como as pessoas são importantes para a realização do seu trabalho; outros podem sair dando pontapés e assustá-las. Mesmo conseguindo superar essa postura, alguns auditores não sabem como lidar com pessoas. Existem auditores muito bem intencionados, mas poucos são os que conhecem a arte de conquistar pessoas que possam ajudá-los em seu trabalho.

Existe um provérbio indígena que diz: "Não julgues um homem até que tenhas calçado por um dia seus mocassins". Isso significa que você deveria tentar se pôr no lugar do outro para que possa realmente entendê-lo ou tenha o direito de criticá-lo.

[...]

Outro problema é a postura do auditor frente aos achados de auditoria. Alguns auditores quando encontram ou ouvem sobre alguma coisa que está sendo executada de modo errado, o fazem de forma a tornar público e expor os envolvidos ao ridículo. É preciso que eles entendam que estão tratando com pessoas e é importante orientá-las e não ridicularizá-las por suas falhas. Outro erro é a questão da relevância. Muitas vezes detectamos pequenos erros e fazemos grande alarde sobre eles. "Também erramos quando tentamos mostrar para as pessoas que somos mais inteligentes do que elas, usando nosso conhecimento para que se sintam estúpidas.

[...]

Os erros só são importantes se eles estiverem inseridos no contexto total do sistema. O que você precisa é que o auditado lhe explique como funciona o sistema, o que atrapalha o seu trabalho, etc. Esteja certo de que com essa abordagem as pessoas vão ajudá-lo no desenvolvimento de seu trabalho. Essas pessoas, junto com você, estarão jogando no mesmo time.

[...]

Para que conquistemos a confiança das pessoas, temos que informar-lhes que discutiremos com elas, imediatamente, todos os problemas encontrados. Que ela terá a oportunidade de regularizar qualquer falha antes da emissão do relatório final; ou que as falhas que não possam ser regularizadas no transcurso dos trabalhos serão informadas à administração superior como em fase de regularização. Com isto você estará criando uma parceria e não um jogo de polícia e ladrão. Não fale apenas das coisas erradas que você encontrou, fale também das coisas boas, pois é impossível que não existam virtudes nos ambientes que você está auditando. Outro erro que o auditor comete é achar que as pessoas só gostam de ouvir coisas

boas. Pode parecer estranho, mas eu explico. Isto ocorre quando você termina um trabalho de auditoria e não encontra nada, ou apresenta falhas irrelevantes, quando todos sabem que existem falhas interferindo em seu trabalho e que não foram detectadas pelo auditor. É a mesma coisa que você receber um prêmio ou elogio por uma tarefa ridícula que você cumpriu com extrema facilidade.

[...]

Também existe a postura de controle, autoritária, que tenta influenciar alguém ou pedir-lhe abertamente que ele faça aquilo que você está mandando. Pelo lado encorajador você constrói a solução junto com a pessoa, ambos são responsáveis. Significa que as perguntas e respostas estão sendo construídas em conjunto, formando uma parceria para resolver problemas. Você também não deve se sentir em inferioridade quando as pessoas apresentam alternativas de solução diferentes das suas. Entenda que você pode não ter analisado todas as possíveis soluções. Você não é infalível, reconheça seus erros e – mais importante – reconheça idéias melhores que as suas. As pessoas só conseguirão gostar dos auditores quando elas entenderem que fazem parte de um sistema, dentro do qual elas também contribuem para atingir resultados positivos ou negativos. Elas participam dos resultados do trabalho de auditoria.

[...]

O auditor tem dois objetivos a serem atingidos: primeiro, relatar à administração superior todos os seus achados. Segundo: deixar todo o lugar que ele audita, melhor do que encontrou .

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. **Decreto nº 1.651/95, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm>. Acesso em: 5 maio 2005.

_____. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm>. Acesso em: 5 maio 2005.

_____. **Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5841.htm>. Acesso em: 5 ago. 2006.

_____. **Lei nº 8.689/93, de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm>. Acesso em: 5 maio 2005.

_____. **Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003**. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.683.htm>. Acesso em: 5 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Manual do Serviço de Atendimento de Demandas Espontâneas – Sade**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n° 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 8 mar 2006.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.

SAWYER, L. B. **Modern internal auditing, what's it all about**?: The grandfather dialogues. Orlando: Institute of Internal Auditors, 1974. Adaptação feita por Antônio Carlos Correia. Revisão: Rudinei dos Santos.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 4.2. Auditoria Analítica

Objetivo:

- Compreender o processo de trabalho em auditoria com ênfase no planejamento, no plano de trabalho e na execução da auditoria analítica.

Conteúdos:

- O processo de trabalho da auditoria
- Auditoria Analítica
- Utilização de informações do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA),
- Utilização de informações do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD)

Atividades:

1. Em grupo, a partir do caso da Dona Maria na pág. 36 execute o planejamento, o plano de trabalho e a auditoria analítica do caso, com o relatório identificando os indícios de distorções que deverão ser verificados na fase operativa. Utilize o texto base para apoiar esta atividade. Prepare um resumo do relatório para apresentação em plenária.
2. Apresentem em plenária as conclusões da atividade anterior.
3. Participe da sistematização coletiva sobre o processo de trabalho da auditoria.
4. Leia em momento de seu interesse o texto base da pag. 216 a 220.
5. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag.221.

O PROCESSO DE TRABALHO DA AUDITORIA

1- Programação / Planejamento

O responsável pelo Serviço de Auditoria, diante de uma demanda, deve realizar a avaliação prévia da mesma e, a partir dessa análise, dar início aos procedimentos de instalação do processo da auditoria, definindo seu objetivo.

O primeiro passo é a designação da equipe nomeando o seu coordenador. A composição deverá ser adequada ao objeto de auditoria, podendo ser solicitado a outros setores a indicação de técnicos para compô-la, se necessário.

É recomendado que a composição da equipe seja multiprofissional, pois, embora a auditoria tenha um campo de saber que deve ser de domínio de todos os auditores, poderá ser necessária a aplicação de conhecimentos específicos de diversas áreas do conhecimento.

Alguns aspectos devem ser considerados na programação da auditoria, visando à otimização do planejamento da mesma:

- Por que realizá-la.
- Quais os requisitos que ela envolve e o que deve ser procurado.
- Quando e quem deve proporcionar os recursos de suporte para a equipe de auditoria.
- Quem e como será informado da auditoria.
- Quais as áreas/unidades que serão auditadas.
- Onde será realizada a auditoria e quais os desdobramentos que terá.

1.2. Plano de trabalho

Para elaborar o plano de trabalho, a equipe de auditoria deve observar os seguintes aspectos:

- determinação precisa dos objetivos dos exames analítico e operativo, ou seja, a identificação completa sobre o que se deseja obter com a auditoria (objetivos, escopo e alcance da auditoria);
- identificação do universo a ser auditado (se o levantamento de dados for por amostragem, deverá ser definido o critério e a extensão da amostra);
- identificação dos documentos de referência, necessários para as análises preliminares (relatórios, protocolos, normas, legislação, instruções, manuais);
- identificação das fontes de informação necessárias para a auditoria, observando a sua abrangência e confiabilidade;
- estabelecimento de técnicas apropriadas e elaboração de roteiros para coleta de dados (listas de verificação, entrevistas, observação e outros).

1.3 Execução

- Realizar a auditoria analítica
- Realizar a auditoria operativa in loco;

1.4 Relatório

- Elaborar o relatório preliminar de auditoria;
- Notificar o auditado, mediante o envio do relatório preliminar, para apresentação de justificativas em decorrência das constatações evidenciadas dentro do prazo estipulado;
- Analisar as justificativas apresentadas pelo auditado;

- Encaminhar os resultados às instâncias competentes;
- Acompanhar a implementação das ações corretivas/saneadoras propostas.

O DENASUS instituiu ferramenta informatizada que permite entre outras ações, o acompanhamento das ações das auditorias em todo território nacional, o SISAUDSUS.

O Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD) é regulamentado pela Portaria Ministerial 1.467 de 10/07/2006, em seu "Art. 2º O SISAUD/SUS, via internet, tem por objetivo geral a sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria do componente federal do SNA e dos componentes estaduais e municipais em todo o território nacional que se habilitarem ao uso do sistema", é um produto informatizado, voltado para integração das informações referentes às atividades de auditoria no Sistema Único de Saúde – SUS.

Esse sistema permite o acompanhamento das auditorias, a identificação de toda a força de trabalho disponível no SNA, a normatização dos instrumentos utilizados (tais como: relatórios, roteiro, nota técnica, constatações, recomendações, glosa), a facilidade de trabalhos integrados, a unificação de demandas (inclusive denúncias), o registro eletrônico dos resultados das auditorias com certificação digital (assinatura eletrônica), o registro de atividades mediante programação da equipe, a facilidade de consultas às informações e a emissão de relatório.

2. Papéis de trabalho como instrumento de apoio

São utilizados na execução da auditoria e também se constituem em registros permanentes do trabalho efetuado pelo auditor, dos fatos e informações obtidas, bem como das conclusões sobre os exames. Exemplos:

Ofício de comunicação

O órgão de auditoria deverá, por meio de seu responsável, encaminhar ofício informando ao gestor que será realizada auditoria em seu estado/município/unidade de serviço. Nessa ocasião, poderá ser encaminhado ao gestor o Comunicado de Auditoria. Se a auditoria for realizada pelos componentes estaduais ou municipais, as comunicações deverão também ser dirigidas aos prestadores de serviços.

Comunicado de auditoria

O Comunicado de Auditoria - CA é um instrumento utilizado para solicitar oficialmente a disponibilização de documentos, justificativas e esclarecimentos, notificar pendências não atendidas e solicitar providências. Deverá ser enviado previamente para que a documentação solicitada seja providenciada com antecedência, ou ser emitido sempre que houver necessidade durante a ação de auditoria. Assim, o ofício de comunicação e o comunicado de auditoria podem anteceder a fase analítica da auditoria.

Roteiro/Protocolo

Considerando o foco da auditoria e as informações obtidas na fase analítica, deverá ser elaborado um roteiro/protocolo para orientar os procedimentos durante a visita in loco, contendo os passos a serem executados e a definição das técnicas de auditoria a serem aplicadas para desenvolvimento do trabalho de campo, pertinentes ao caso.

Documentos

Documentos formais gerados após as entrevistas, cópias de AIH, de notas fiscais e demais documentos que embasam a auditoria.

AUDITORIA ANALÍTICA

A auditoria analítica se faz por meio da análise de documentos e relatórios informatizados, provenientes dos sistemas de informação em saúde (SIM, SINASC, SIA, SIH, SIAB, SIOPS e outros) e também das informações locais das secretarias estaduais e municipais de saúde, que devem ser solicitadas e disponibilizadas pelas mesmas. Desta análise deve ser feito o diagnóstico do objeto da auditoria, permitindo que seja feito um melhor planejamento da fase operativa da auditoria. O relatório analítico deve ser substanciado e objetivo, de modo que possibilite à equipe, na fase de auditoria operativa, elementos para o bom desenvolvimento dos trabalhos. A auditoria analítica é peça de fundamental importância para o sucesso da auditoria operativa. A figura a seguir apresenta a síntese dos processos da auditoria analítica.

UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS (SIA)

O Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS tem como finalidade:

- Capturar as informações referentes aos atendimentos ambulatoriais.
- Executar o processamento da produção ambulatorial.

Auxiliar na gestão das informações relacionadas à assistência ambulatorial, fornecer subsídios ás áreas de planejamento, programação, regulação, avaliação e auditoria.

Permitir o acompanhamento e análise da evolução de custos ambulatoriais e ainda a avaliação, quantitativa e qualitativa das ações de saúde realizadas na atenção ambulatorial.

Permite obter informações como:

- Número de atendimentos realizados
- Tipo de procedimento
- Procedimento
- Especialidade do profissional
- Tipo de atendimento
- Faixa etária
- Quantidade de procedimentos

Apresenta como entradas no sistema:

- ✓ Dados cadastrais,
- ✓ Dados da programação Física Orçamentária,
- ✓ Dados da produção Ambulatorial,
- ✓ Dados de ajustes de pagamento,
- ✓ Dados de procedimentos e valores.

As saídas do SIA/SUS são os seguintes relatórios:

- ↘ Relatórios de acompanhamento da Programação,
- ↘ Relatórios de Produção,
- ↘ Relatórios para o Sistema Financeiro,
- ↘ Relatórios de Pagamento.

Da análise realizada comparando os relatórios dos atendimentos prestados à população com os parâmetros, com as normatizações, com os indicadores é possível focar, selecionar as unidades a serem auditadas e planejar a auditoria in loco - a auditoria operativa.

Alguns indicadores para auditoria analítica de prestadores de serviços de saúde ambulatoriais:

- consulta/habitante/ano;
- consulta médica x SADT;
- frequência de procedimentos;
- cobertura física X produção;
- percentual de consultas especializadas x total de consultas
- número médio de exames de patologia clínica x consulta médica
- percentual de óbitos em usuários de diálise
- gasto médio mensal por procedimento específico x usuário identificado
- percentual de quimioterapias paliativas realizadas x demais tipos de quimioterapia
- procedimentos aprovados x procedimentos apresentados

UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DESCENTRALIZADO– SIHD

O Sistema Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), implantado em meados de 2005 pelo Ministério da Saúde é operado pelos auditores das equipes municipais e estaduais antes do processamento ser encaminhado para o DATASUS.

Este sistema dentre outros objetivos visa:

- Qualificar a informação em saúde a partir do registro dos atendimentos aos usuários internados nos estabelecimentos de saúde do SUS.
- Proporcionar relatórios para os setores de contas e custo hospitalar dos estabelecimentos de saúde e para os gestores.
- Possibilitar o conhecimento de aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes internados no SUS.

Possibilitar aos gestores a análise da produção bruta dos prestadores, permitindo a verificação de não conformidades e sua correção antes do fechamento do processamento.

O SIHD permite visualizar, e selecionar todas as AIH emitidas pelos prestadores de serviços do SUS sob sua gestão. Opcionalmente, podem ser analisadas AIH selecionadas pelo gestor, como por exemplos as de procedimentos múltiplos, que apresentem lançamento de determinados procedimentos especiais ou com determinados diagnósticos e outros eventos priorizados pela equipe de auditores ou dos setores de controle e avaliação.

O SIHD bloqueia automaticamente as AIH de:

- Duplicidade – por ter outra AIH com o mesmo nome do paciente. Esta AIH deve ser liberada ou não pelo auditor após sua análise.
- Solicitação de exclusão de crítica por permanência menor – significando que a mesma teve crítica liberada pelo prestador e deverá ser desbloqueada ou rejeitada pelo trabalho da auditoria.
- Fora da faixa etária – significa que a AIH teve a critica liberada pelo prestador e deverá ser desbloqueada ou rejeitada pelo auditor.
- Quantidade acima da estabelecida – O sistema aponta os procedimentos que estão acima do permitido e alguns permitem a liberação pelo gestor.
- AIH de parto sem lançamento de VDRL – O procedimento de parto exige VDRL devendo esta AIH ser rejeitada.
- O sistema gera um banco de dados que pode manipulado para os diversos cruzamentos conforme as necessidades de verificação dos gestores.

O bloqueio da AIH deve ser analisado e para isto pode haver a necessidade de análise de prontuário para confirmação ou não da informação para liberação ou não da AIH.

O Sistema possui os seguintes relatórios:

- ✓ ESPELHO DA AIH – É a própria AIH - Mostra todos os dados do paciente: filiação, Nº de AIH, tratamento clínico realizado, os serviços profissionais realizados assim como que os realizou (estabelecimento ou profissional);
- ✓ TOTAIS DE ERROS – Mostram todos os erros do movimento da AIH bem como a frequência dos mesmos;
- ✓ AIH REJEITADA – Mostra os motivos de rejeição das AIH, e aponta em que linha ou o campo do espelho da AIH está o erro;
- ✓ AIH APURADA – Mostra por AIH os valores separadamente por componentes;
- ✓ VALORES POR CNES – Mostra os valores totais por CNES e por componentes;
- ✓ PROCEDIMENTOS X ÓRTESE E PRÓTESE – Mostra os procedimentos de OPM com seus fornecedores e valores;
- ✓ PRODUÇÃO DE TERCEIROS – Mostra o valor dos procedimentos realizados pelos prestadores terceirizados, pessoa física e jurídica;
- ✓ CESÁREAS – Mostra o percentual de cesáreas programadas e realizadas por estabelecimento;
- ✓ PROGRAMADO X REALIZADO – Mostra o Programado e realizado por especialidade ou total por complexidade;
- ✓ VALOR DA PRÉVIA – Mostra por município, estabelecimento e clínica o valor estimado transportado do SISAIH01;
- ✓ VALORES APROVADOS – Mostra valores após consistência, bloqueios, liberações e cancelamentos;
- ✓ VALORES PARA O FINANCEIRO – Mostra valores brutos por CNES e complexidade;
- ✓ SALVO EM ARQUIVO – É possível salvar em arquivo todos os relatórios acima.

Alguns indicadores para auditoria analítica de prestadores de serviços de saúde hospitalares:

- ✓ Média de permanência
- ✓ Taxa de ocupação hospitalar
- ✓ Índice de Intervalo de Substituição (IIS): tempo médio em que um leito permanece desocupado
- ✓ Índice de Renovação – IR: representa a utilização do leito hospitalar durante um período considerado
- ✓ Taxa de infecção hospitalar
- ✓ Valor médio das AIH
- ✓ Percentual de AIH em relação a cada procedimento
- ✓ Diárias: de UTI, acompanhantes e permanência a maior
- ✓ Número de óbitos
- ✓ Causas de óbitos
- ✓ Procedimentos especiais
- ✓ Utilização de OPM
- ✓ Frequência de procedimentos
- ✓ Utilização de sangue
- ✓ Capacidade instalada e contratada
- ✓ Proporção de internações com alta precoce

Além do SIA e SIHD, podem ser consultados outros sistemas de informação em saúde disponíveis.

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). [**Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa**].Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 23 jan. 2006.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out.1988. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.467, de 10 de julho de 2006. Institui o Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS), via internet no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Legislativo, Brasília, DF, 11 jul.2001. Seção 1, p. 41.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Legis**: sistema de legislação da saúde. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 23 jan. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações básicas para utilização de sistemas informatizados em auditoria no SUS**. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS**. Brasília, DF, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resoluções.** Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/resolucao>. Acesso em: 23 jan. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Busca de resoluções**. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_resolucoes&Itemid=36>. Acesso em: 23 jan. 2006.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

OFICINA 4.3. Auditoria Operativa

Objetivo:

- Compreender o processo de trabalho em auditoria com ênfase no planejamento, no plano de trabalho e na execução da auditoria operativa.

Conteúdos:

- Auditoria Operativa ou *in loco*
- O trabalho da auditoria e a fraude documental
- Execução da Auditoria Operativa
- Justificativa do Auditado
- Encaminhamentos e acompanhamento das ações saneadoras/corretivas

Atividades:

1. Em grupo, leia e discuta o texto base desta Oficina nas págs. 224 a 232.
2. Em grupo, a partir do relatório identificando os indícios de distorções apresentados na oficina anterior simule a auditoria operativa e faça o relatório da auditoria simulada.
3. Apresente o relatório em plenária.
4. Participe da síntese coletiva desta Oficina.
5. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag. 233.

AUDITORIA OPERATIVA OU *IN LOCO*

1- Conceito

Consiste em atividades de análise *in loco* das ações, com exame direto dos fatos e situações, com o objetivo de sistematizar procedimentos. Esse exame busca confirmar ou não o atendimento às normas e leis, bem como a adequação, conformidade, eficiência e eficácia do processo de trabalho em saúde.

De maneira geral, a avaliação e diagnóstico de um sistema de saúde podem ser facilitados pela abordagem de avaliação proposta por Donabedian (1990) sob a ótica de "estrutura, processo e impacto ou resultado". Essa estratégia é de ampla utilização em todos os objetos da auditoria (sistemas, ações e serviços) e permite sistematizar desde a coleta até a análise dos dados, facilitando a elaboração das conclusões e recomendações.

2 - Procedimentos prévios ao trabalho *in loco*

Precede a fase operativa a elaboração de um roteiro para a visita *in loco* e a realização de alguns procedimentos formais, que consistem no envio de ofício ao gestor do SUS do estado ou município onde vai ser executada a auditoria, bem como do envio de comunicado de auditoria ao órgão a ser auditado.

3 - Desenvolvimento do trabalho *in loco*

A essência da fase operativa é a **busca de evidências**, que permitem ao auditor formar convicção sobre os fatos. As evidências são as informações que fundamentam os resultados de um trabalho de auditoria. A obtenção e a análise de dados é um processo contínuo, que inclui a coleta e a reunião de documentos comprobatórios dos fatos observados, cuja análise e interpretação têm como objetivo fundamentar o posicionamento da equipe de auditoria sobre os fatos auditados. As evidências validam o trabalho do auditor, sendo consideradas satisfatórias quando reúnem as características de suficiência, adequação e pertinência.
A aplicação correta das técnicas de auditoria possibilita uma satisfatória busca de evidências, que juntamente com a devida utilização dos papéis de trabalho, constituem fundamentos para a elaboração de um relatório de auditoria que retrate, com objetividade e clareza, os resultados apontados no decorrer dos trabalhos.

4 - Técnicas de auditoria

Ao conjunto de procedimentos e recursos utilizados para o desenvolvimento de uma auditoria chamamos de técnica de auditoria

Principais técnicas de auditoria utilizadas no SUS:

Exame da documentação – trata-se de procedimento voltado para a comprovação das ações assistenciais e contábeis que, por exigências legais, comerciais ou de controle, são evidenciadas por documentos comprobatórios.

Exemplos:

- Compatibilização entre AIH x Prontuário Médico – verificar se os procedimentos lançados na AIH, conferem com os dados registrados no prontuário.
- Compatibilização entre BPA/APAC x Prontuário Médico – verificar se os procedimentos lançados no BPA/APAC conferem com o prontuário/documentos de atendimento.

- BPA x Síntese da Produção – verificar se as quantidades e procedimentos apresentados no BPA conferem com os dados constantes no relatório síntese da produção
- Exame documental nos cheques pagos, nos avisos bancários, nas aplicações financeiras, nos atos de assembléias ou reuniões e de contratos.
- Procedimentos Realizados X Indicativos de Distorção – comparar custo médio, média de permanência, frequência de procedimentos, diárias de UTI, da unidade a ser auditada, com parâmetros e/ou referenciais adotados.
- Confirmar dados do CNES e do SIAB
- Análise da FICHA A das equipes de saúde da família.
- Análise dos registros de atendimento do pré-natal.

Roteiro de verificação *in loco*

Quando da verificação *in loco*, além dos procedimentos já recomendados anteriormente no processo de trabalho das auditorias, pode-se ainda adotar os seguintes procedimentos:

No Fundo de Saúde:

- solicitar todas as contas bancárias do Fundo de Saúde, analisando cada conta, identificando número e nome das contas;
- não existindo identificação clara, solicitar esclarecimentos à pessoa responsável pela contabilidade;
- verificar os depósitos efetuados nas contas conforme extratos emitidos pelo Datasus ou Fundo Nacional de Saúde;
- anotar as divergências levando em consideração que as informações do Datasus são por regime de competência e os extratos do Fundo são por regime de caixa;
- verificar contas antigas que ficaram muito tempo sem movimentação e que de repente apresentam depósito, movimentação e transferência e /ou pagamento, identificando a que se referem esses depósitos etc.;
- verificar a composição da receita, identificando os recursos objeto de transferências governamentais, federal e estadual, contrapartida e outros, verificando cada divergência de imediato com o responsável pelas informações;
- confrontar cada conta bancária com a relação das contas anteriormente fornecida;
- No sítio do Fundo Nacional de Saúde, é possível verificar os recursos repassados de fundo a fundo, detalhado por mês, anual, como também os recursos de convênios com o Ministério da Saúde.

Nos Processos de pagamento:

- Analisar os processos de pagamento e os dados que chamem a atenção e se destaquem, anotando-os para solicitar processo licitatório;
- Observar as notas fiscais – valor, escrita, digitação, alíquotas, etc. Nesse caso, separar ou anotar para consultar o Sistema de Informação da Receita Federal: Sintegra, lançando o CNPJ do favorecido da nota fiscal;
- Caso esteja registrado na nota fiscal que aquela nota diz respeito a convênio ou contrato, separar para verificar quando estiver analisando os respectivos instrumentos;
- Ficar atento porque existem empresas que negociam as notas fiscais, pessoas que recebem por mais de uma empresa e emissão sem existência do bem/material, entre outros.
- Analisar, por amostragem, mediante seleção dos respectivos processos de pagamento. Se necessário, poderá ser ampliada a amostragem conforme as evidências, podendo abranger até a totalidade dos processos, contratos e convênios no período em questão.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

Diversos questionamentos podem ser feitos a seu respeito:

Como é feito o lançamento? Baseado em quais documentos? O lançamento dos dados é feito por qual (is) setor (es)?

Estas perguntas são importantes porque o município/estado pode lançar informações do balancete da receita baseando-se em fontes distintas; lançar como contrapartida recursos de transferência governamental para justificar a aplicação do percentual obrigatório da EC-29/2000.

Ao verificar o valor da contrapartida, observar a qual fonte se refere por que:

- o município/estado pode simular a contrapartida retirando o recurso das contas objeto de transferências governamentais;
- o município/estado pode fazer o lançamento pela diferença da despesa total liquidada (e ainda não paga) pelo Fundo de Saúde.

O TRABALHO DE AUDITORIA E A FRAUDE DOCUMENTAL

A visão ampliada

O auditor deve analisar um documento com uma visão expandida. Deve conhecer o fluxo desse documento, desde o início até a liquidação, com um posicionamento crítico de todo o processo, atentando para sua legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade.

A análise conjunta dos documentos

Quando um auditor analisa um processo de despesa ou de licitação isoladamente ele tem uma visão limitada. Analisando-se vários processos de um determinado período, obter-se-á um diagnóstico mais completo. Por exemplo: verificando apenas uma nota fiscal dificilmente se detectará uma fraude, mas se aglutinar um número significativo de notas fiscais de um órgão/entidade, a chance de localizar fraudes será infinitamente maior.

A tecnologia da informação como aliada

O aproveitamento da tecnologia de processamento de dados no auxílio ao combate à fraude documental tem-se mostrado cada vez mais eficaz. Um exemplo relevante é o das secretarias de Estado da Fazenda, onde a Superintendência da Receita Estadual utiliza o processamento de dados para o cadastro de empresas, cujas notas fiscais foram declaradas falsas ou inidôneas. A consulta a esse cadastro, por meio das Secretarias da Fazenda, auxilia a auditoria na detecção dessas notas falsas ou inidôneas.

Entrevista – Pode ser realizadas com os gestores, conselheiros, profissionais de saúde, usuários do SUS e demais atores para subsidiar ações da auditoria.

Destaca-se que a entrevista com os usuários do SUS tem como finalidade verificar, junto à população, a veracidade de informações relativas aos serviços de saúde, bem como a opinião dos usuários em relação ao atendimento prestado.

A estratégia de coleta de dados a ser adotada deverá ser definida em função das possibilidades e limites de tempo e de pessoal da equipe de auditoria, utilizando uma amostragem significativa, se for possível, entrevistar minimamente 10% dos usuários do serviço no dia em que for realizada a coleta de dados.

As abordagens possíveis são:

- Coleta de dados com usuários dos serviços, logo após o atendimento:

  ✓ Vantagem: a abordagem dos usuários é mais fácil, porque é feita no próprio serviço.
  ✓ Desvantagem: há um constrangimento natural do usuário em falar sobre o serviço dentro do próprio estabelecimento.

- Coleta de dados na comunidade da área de abrangência da unidade de saúde:

  ✓ Vantagem: os usuários sentem-se mais a vontade para opinar sobre os serviços, se entrevistados fora dos mesmos.
  ✓ Desvantagem: requer deslocamento por parte da equipe; há perdas com domicílios de pessoas que não são usuários do SUS; há mais dificuldade em definir a amostragem porque nem sempre a população usuária é prevista.

Inspeção/Exame físico – Consiste na constatação da existência física do bem ou do procedimento . Exemplo:

- Levantamento dos equipamentos adquiridos para compatibilizar a compra com a existência física do bem, ou da confirmação de um procedimento realizado.
- Circularização ou Confirmação de Terceiros – É a técnica utilizada na obtenção de declaração formal de pessoas físicas e/ou jurídicas não ligadas à instituição auditada (confirmação externa). Exemplo: Solicitação de informações à Receita Federal, Junta Comercial, Conselhos de Classe, etc.
- Evidências – Referem-se às informações utilizadas para fundamentar os resultados de um trabalho de auditoria. A obtenção e análise da evidência é um processo contínuo incluindo a coleta da documentação, a reunião, análise e interpretação de dados factuais, com o objetivo de fundamentar os posicionamentos da equipe de auditoria.

A aplicação correta das técnicas de auditoria, juntamente com uma satisfatória busca de evidências e a devida utilização dos papéis de trabalho, constitui fundamentos para a elaboração de um relatório de auditoria que retrate, com objetividade e clareza, os resultados apontados no decorrer dos trabalhos.

A execução do trabalho *in loco*

a. Análise da estrutura física e funcional

Ao avaliar esse aspecto verifica-se toda a estrutura e organização da unidade prestadora de serviço, que deverá ser comparada ao apresentado no relatório do CNES:

- Rede municipal ou estadual.
- Unidade isolada auditada.
- Profissionais de saúde (o total e o específico conforme o foco da auditoria).

b. Análise de processo

- Responsabilidades do município/estado ou da unidade, segundo as normas vigentes para o período auditado.
- Acesso aos serviços de saúde.
- Protocolos, fluxos, normas, rotinas de atendimento dentre outros.
- Humanização na atenção ao cidadão.
- Atividades da atenção básica (PACS e ESF se forem essa a forma de organização da atenção).
- Acesso a exames complementares.
- Acesso à média e alta complexidade.
- Ações de vigilância epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador.

- Ações de vigilância sanitária.

c. Análise de resultados
   - Indicadores e parâmetros da atenção.
   - Avaliação do grau de satisfação dos usuários.

Aspectos relativos à estrutura/funcionalidade

Avaliar a disponibilidade de recursos humanos, materiais e estrutura física observando, por exemplo:

- se há setores da unidade que apresentam demanda reprimida;
- a capacidade da unidade para a realização dos procedimentos e serviços cadastrados;
- o cumprimento das normas específicas nos procedimentos de alta complexidade;
- se há cobrança ao usuário;
- a distribuição de medicamentos na rede e sua dispensação;
- a jornada de trabalho dos profissionais x produtividade;
- existência ou não de central de marcação, agendamento de consultas ou exames, meios de regulação do acesso;
- resolutividade da unidade, motivos de encaminhamentos para outros níveis de atenção;
- existência de equipamentos ociosos ou desativados e suas causas;
- se existe sistema de contra-referência, principalmente após as altas hospitalares;
- o tempo de espera para consultas e encaminhamentos;
- no caso de oferta de serviço radiológico, se a unidade/serviço obedece às especificações exigidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e a validade de seus certificados;

Para todas as auditorias operativas, é requisito básico a consulta à legislação pertinente atualizada do assunto ou atinente à legislação vigente à época da denúncia e/ou demanda.

EXECUÇÃO DA AUDITORIA OPERATIVA

1. Apresentação da equipe

O coordenador e a equipe de auditores apresentam-se ao gerente da unidade a ser auditada e/ou gestor do sistema, ocasião em que o primeiro entrega o ofício de apresentação e expõe, de forma sucinta, o escopo da auditoria e previsão de conclusão dos trabalhos. Nessa reunião, deve ser solicitado espaço físico para a equipe desenvolver os trabalhos bem como a designação de um técnico para contato, esclarecimentos e disponibilização de documentos ou o que se fizer necessário. Deverá ser informada ao gestor/gerente que será realizada uma reunião ao final dos trabalhos.

2. Recebimento dos documentos solicitados

Nessa fase, dá-se o recebimento da documentação previamente solicitada por meio de Comunicado de Auditoria - CA. Se, porventura, houver pendências na entrega de algum documento esse fato deve gerar novo CA, com a estipulação de prazo para entrega ou justificativa formal dos itens não atendidos. A documentação deverá ser formalmente recebida e deve conter a assinatura do responsável. Sempre que as evidências demonstrarem a necessidade de novos documentos comprobatórios, estes deverão ser solicitados.

3. Análise da documentação

É o exame dos processos, atos formalizados e outros documentos que permitam ao auditor obter evidências suficientes e adequadas para seu trabalho.

Dentre os aspectos fundamentais para análise de qualquer documento recebido pela auditoria deve-se verificar a autenticidade dos documentos: ausência de rasuras ou emendas; características do papel e de sua impressão; acréscimo de letras, palavras ou frases em documentos digitados ou manuscritos; notas fiscais de outros estados sem visto dos postos fiscais; o correto preenchimento e composição do prontuário médico. Trata-se de procedimento voltado para a comprovação das ações assistenciais e contábeis que por exigências legais, comerciais ou de controle são evidenciadas por documentos comprobatórios.

4. Visita às unidades/setores/usuários

A visita às unidades prestadoras de serviço é uma técnica que permite verificar os fatos que estão sendo auditados, bem como o cumprimento das normas e rotinas estabelecidas. Tem por objetivo verificar a qualidade, propriedade e efetividade da assistência à saúde prestada aos usuários do SUS.. Visa também, a avaliação da execução dos programas, contratos, convênios e outros instrumentos congêneres.
Havendo necessidade, poderá ser feita visita a usuários, para realizar entrevista ou fazer outras averiguações. Entrevistar os usuários é parte importante nas auditorias operativas, oportunizando-lhes manifestarem-se quanto à sua satisfação em relação aos serviços que lhes são prestados.

5. Acompanhamento ou monitoramento do desenvolvimento dos trabalhos

Esse é o momento designado pelo coordenador para que a equipe se reúna diariamente em horário previamente estabelecido, para verificar o andamento dos trabalhos, o desempenho de cada integrante da equipe e se tudo o que foi planejado foi executado. Durante os trabalhos de campo, é importante que o coordenador avalie os prazos estimados inicialmente e a necessidade de redimensioná-los. Caso necessário, tomar as providências cabíveis.

6. Reunião de encerramento

A equipe de auditoria deve reunir-se com o responsável pelo órgão auditado, ou alguém designado por ele, ao final dos trabalhos, quando o coordenador apresentará as conformidades e não conformidades julgadas pertinentes de serem abordadas, segundo critério técnico da equipe. Por exemplo, é relevante ressaltar a melhora de um indicador; a constatação de falta de medicamentos essenciais, ou falta de contrapartida no financiamento; orientando o gestor quanto ao uso indevido de recursos que porventura esteja ocorrendo por falta de conhecimento, etc.

7. Relatório de auditoria

Os resultados dos trabalhos de uma auditoria são apresentados em um documento denominado Relatório de Auditoria. Por sua importância, a seguir estão detalhadas as suas características principais.

O relatório de auditoria é o documento formal e técnico que tem por finalidade fazer o relato dos fatos observados, dos dados obtidos e das análises efetuadas sobre o desempenho do auditado, ensejando como produto final sugestões e/ou recomendações para prevenção e correção de rumos. Todas as não-conformidades levantadas devem gerar recomendações de ações corretivas. As críticas, quando pertinentes, devem ser dirigidas aos fatos, nunca às pessoas.

Encontra-se disponibilizado pelo DENASUS o SISAUD SUS que apresenta uma formatação de relatório da auditoria.

Introdução

- Identificação da instituição alvo da auditoria.
- Vínculo administrativo (se é federal, estadual, municipal ou universitário e a qual ente público pertence), privado com fins lucrativos ou privado sem fins lucrativos.
- UF/ Município onde está localizado.
- Período de verificação**.**
- A finalidade da auditoria.
- A identificação do demandante.

Identificação da Equipe de Auditoria

Deverá constar nome, cargo e matrícula de cada membro, destacando o coordenador.

Escopo e Objetivo da Auditoria

Este item é importante para identificar as possíveis limitações da ação de auditoria. Deve deixar bem claro quais foram às atividades ou áreas examinadas.

Metodologia

- Os tipos de documentos analisados (se possível o percentual analisado).
- Os sistemas de informações verificados.
- As origens/fontes dos recursos financeiros verificados (se possível,o percentual verificado).
- As instituições visitadas na auditoria.
- A realização de visita domiciliar.
- A utilização de instrumentos para coleta de dados.
- Entrevistas com usuários, trabalhadores de saúde e gestor.

Identificação e Relato do(s) Fato(s)

- Registrar o(s) fato(s) que deverá(ão) se constituir no objeto da ação da auditoria.

Constatações

Nesse tópico a equipe de auditoria registrará os achados relativos à aplicação dos recursos financeiros, à atenção à saúde prestada ao usuário do SUS, bem como a efetividade das ações dos programas, identificando com evidências objetivas os aspectos positivos, as conformidades, as distorções e/ou irregularidades encontradas.

Nota Técnica: nota técnica é um documento que deve ser elaborado nos casos em que forem constatadas graves irregularidades que requeiram ação imediata, ou quando o fato auditado alcançar grande repercussão pública, que exija manifestação do gestor antes da conclusão dos trabalhos da auditoria. Deve conter um relato sucinto da situação encontrada, com recomendações de medidas corretivas imediatas.

Conclusão

Registrar a conclusão com clareza e concisão respondendo a solicitação do fato gerador.
O valor total do ressarcimento financeiro, quando existir, deverá ser registrado na conclusão.

Recomendações

Indicar todas as recomendações correspondentes às não conformidades destacadas no relatório e, quando couber, estabelecer prazos para seu cumprimento.

Atributos do Relatório

O relatório de auditoria deve reunir, principalmente, os seguintes atributos, visando à sua melhor qualidade:

- ✓ **Coerência** – assegurar-se de que os resultados da auditoria correspondam aos objetivos da mesma.
- ✓ **Oportunidade** – o relatório deve ser emitido em tempo hábil, a fim de que as providências necessárias sejam tomadas oportunamente.
- ✓ **Convicção** – relatar de tal forma que as evidências conduzam qualquer pessoa às mesmas conclusões a que chegou a equipe de auditoria.
- ✓ **Integridade** – devem ser incluídos no relatório todos os fatos relevantes observados que levaram à conclusão.
- ✓ **Apresentação** – por ser um documento técnico, não pode conter rasuras e deve seguir as regras de ortografia.
- ✓ **Objetividade** – deve conter apenas informações relevantes para elucidação dos fatos auditados, com linguagem direta. Evitar o uso excessivo de adjetivos e emprego de termos que contenham em si só juízo de valor.
- ✓ **Clareza** – a linguagem deve ser clara, a fim de que o leitor entenda, ainda que não versado na matéria, facilmente o que se quer transmitir, sem necessidade de explicações adicionais.
- ✓ **Conclusão** – O relatório deve permitir a formação de opinião sobre as atividades realizadas.

JUSTIFICATIVA DO AUDITADO

O direito de defesa é uma garantia constitucional. No âmbito do SNA, o Decreto nº 1.651/95, em seu art.10, estabelece que, em caso de qualquer irregularidade, fica assegurado o amplo direito de manifestação ao auditado.

Após a elaboração do relatório de auditoria (considerado preliminar), restando pontos não justificados, deve-se encaminhar para o responsável pela unidade auditada/gestor cópia do relatório com a planilha de ressarcimento e a planilha de qualificação dos responsáveis, anexando o comunicado que estabelecerá os fluxos e prazos para que o mesmo apresente sua defesa quanto às constatações da auditoria. O processo de auditoria somente estará completo após a análise criteriosa da defesa apresentada com a conseqüente elaboração das conclusões.

A análise das justificativas deve ser realizada pela equipe que participou da auditoria, em função do grau de conhecimento da ação. Quando não for possível a análise pela equipe que participou da ação, essa deverá ser feita por outros técnicos da mesma unidade de auditoria.

ENCAMINHAMENTOS E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES SANEADORAS / CORRETIVAS

Após a conclusão dos trabalhos, encaminha-se o relatório final ao gestor da unidade auditada, às instituições que solicitaram a auditoria e ao Conselho de Saúde respectivo, bem como aos Conselhos de Classe, caso seja necessário, e ao Ministério Público Federal e Estadual, conforme o Decreto nº 1.651/95, art. 3, inciso III.

No acompanhamento e avaliação da implementação das ações corretivas, devem ser consideradas:

- a resposta escrita do auditado sobre a implantação da ação corretiva e sua efetividade;
- a confirmação/comprovação de que a ação corretiva foi implementada e se mostrou efetiva, conforme programado, por meio de ações de supervisão ou acompanhamento continuado por período determinado, quando for o caso.

Se houver persistência das distorções e/ou impropriedades, deverá haver notificação aos órgãos competentes de forma a desencadear outras medidas corretivas, tais como:

- Ministério Público: para conhecimento e providências cabíveis ou para o estabelecimento do competente "Termo de Ajuste de Conduta".
- Ministério da Saúde / secretarias estaduais e secretarias municipais: para conhecimento e providências cabíveis. Ex: Revisão de contratos/convênios, suspensão de repasse e outros.
- Ao conselho de saúde correspondente para o exercício do controle social.
- Ao Colegiado Gestor Regional - CGR conforme estabelecido no pacto de gestão.

É função da auditoria, promover o processo educativo com vistas à melhoria da qualidade do atendimento na busca da satisfação do usuário SUS. Quando se tratar de uma impropriedade, é importante esclarecer o auditado sobre a conduta correta. Constatação de falhas sem corrigir as causas é trabalho perdido.

BIBLIOGRAFIA

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). [**Resoluções da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa**].Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 23 jan. 2006.

BRASIL. Constituição (1988).Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção 1, p. 1.

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

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Legis**: sistema de legislação da saúde. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_pesq_consulta.cfm>. Acesso em: 23 jan. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações básicas para utilização de sistemas informatizados em auditoria no SUS**. 2. ed. Brasília, DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS**. Brasília, DF, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resoluções.** Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/resolucao. Acesso em: 23 jan. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Busca de resoluções**. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_resolucoes&Itemid=36>. Acesso em: 23 jan. 2006.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, Nov. 1990.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

Oficina 4.4 - Auditoria de Gestão

Objetivo:

- Conhecer as particularidades da auditoria em gestão de sistemas de saúde

Conteúdos:

- Auditoria de Gestão dos Sistemas de Saúde
- Auditoria de gestão dos recursos financeiros do SUS
- Termo de Ajuste Sanitário – TAS

Atividades:

1. Em grupo, resgate as distorções verificadas no município de Recaminho durante o curso CBRCAA e aponte as recomendações à gestão do município de Recaminho.
2. Mantendo-se em grupo, faça a leitura do texto base desta Oficina nas págs. 236 a 241 e complemente as recomendações à gestão do município de Recaminho.
3. Apresente as recomendações em plenária.
4. Participe da síntese coletiva desta Oficina.
5. Registre suas impressões utilizando o instrumento "Reflexões sobre a Aprendizagem" na pag.242.

AUDITORIA DE GESTÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A Auditoria dos Sistemas de Saúde, também denominada Auditoria de Gestão, é muito abrangente, indo muito além de atividades pontuais em unidades prestadoras de serviços e ações isoladas. Propicia um olhar total sobre o Sistema de Saúde, seja ele estadual ou municipal.

A Auditoria de Gestão é um instrumento fundamental para o acompanhamento e avaliação do desempenho de um sistema de saúde, em suas dimensões: prevenção, promoção, assistência e controle social, sendo que suas atividades não devem se limitar apenas a serviços ambulatoriais e hospitalares. São observados, além dos aspectos da estrutura, os processos de trabalho, nesses, a forma de atuação profissional e institucional e os resultados ou impactos desse desempenho.

Nesse sentido, a Auditoria de Gestão, verifica:

- ✓ a conformidade da aplicação dos recursos financeiros com as normas vigentes;
- ✓ a conformidade das ações realizadas com o Plano de Saúde;
- ✓ o impacto das ações realizadas na qualidade de vida da população e na garantia dos princípios do SUS.

Por exemplo, a aplicação dos recursos na Atenção Básica na garantia de consultas de pré-natal visa alcançar, como produto, aumento da cobertura do pré-natal e, como um dos impactos, a diminuição no índice de mortalidade materna.

Assim, a Auditoria de Gestão dos Sistemas de Saúde tem ênfase importante na análise da qualidade dos processos de trabalho e nos seus resultados, de forma que muitas vezes o simples desenvolvimento da auditoria gera resultados e retornos imediatos.

Portanto, a Auditoria de Gestão deve estar centrada na proposta de correção das distorções verificadas e, principalmente, cooperar na melhoria da gestão, por meio da qualificação dos processos técnicos e administrativos, buscando a prevenção de inconformidades devido à falta de conhecimento ou inexperiência de quem opera o sistema. Dessa forma é que a auditoria passará a ser, efetivamente, um importante instrumento de apoio e desenvolvimento à gestão do SUS. O objetivo de uma política pública é impactar a vida das pessoas, o que aproxima o compromisso do SNA com a saúde da coletividade.

A figura 1 a seguir demonstra a abrangência de uma auditoria sobre sistemas de saúde.

Figura 1 – Abrangência da auditoria sobre sistemas de saúde.

Fonte:Adaptado de (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007)

Legenda**:**

- Funções da Gestão: planejamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, financiamento, provisão de serviços (prestação direta ou pela rede complementar), gestão de pessoas e do trabalho em saúde.

- Estrutura Organizacional: lei que instituiu a estrutura organizacional, organograma, competências setoriais, dentre outros.
- Ações e Atos Administrativos: licitações, portarias, decretos, normas, rotinas, controles internos, dentre outros.
- Aplicação de Recursos Financeiros: Fundo de Saúde, recursos dirigidos a ações específicas.
- Satisfação dos Usuários: avaliação do sistema de saúde a partir da visão do usuário, por meio de entrevistas, instrumentos de pesquisa, cartas, telefone, etc.
- Participação e Controle Social: realização de Conferências de Saúde, capacitação, resoluções dos Conselhos, atas de reuniões, dentre outros.
- Ações de Vigilância da Saúde: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e vigilância em saúde do trabalhador.
- Programas e Ações isolados: controle da tuberculose, hanseníase, DST/AIDS, programa de atenção à saúde do escolar, programa de atenção à mulher, etc.
- Unidades Prestadoras de Serviços: unidades básicas de saúde, centros de especialidades, hospitais, etc.
- Qualidade da Atenção: eficácia, eficiência e efetividade das ações e serviços de saúde.

Finalidades da auditoria de gestão:

- Observar o cumprimento das ações de planejamento, programação, coordenação, controle, avaliação, regulação, auditoria, atenção à saúde e a participação social determinados pela Constituição Federal, Lei Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90 e a normatização vigente, inclusive o Pacto pela Saúde 2006.
- Avaliar a gestão dos recursos objeto de transferências governamentais, bem como os recursos de vinculação da EC-29/2000.
- Avaliar a execução dos programas, contratos, convênios e outros.
- Desenvolver atividades de cooperação técnica e sugestões para aprimoramento dos processos sob responsabilidade dos gestores do SUS.
- Realizar diagnóstico da gestão para avaliação dos resultados.
- Gerar informações que subsidiem as atividades de planejamento e gestão.
- Subsidiar o controle social.

Execução da auditoria de gestão:

A execução do trabalho de Auditoria de Gestão utiliza os mesmos procedimentos adotados no processo de trabalho citado nas Oficinas 2 e 3 deste módulo: planejamento , execução e acompanhamento das ações corretivas.

Dessa forma a "Auditoria dos Sistemas de Saúde ou Auditoria de Gestão" abrange o Sistema de Saúde como um todo ou parte dele, e deve verificar:

a) a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde;
b) o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão;
c) a aplicação dos recursos transferidos para o Fundo de Saúde;
d) o Conselho de Saúde;
e) a oferta de serviços de saúde (ambulatorial e hospitalar) e a cobertura assistencial do SUS (atenção básica, média e alta complexidade);
f) a organização dos serviços de saúde com base na regionalização;
g) os serviços públicos e os serviços privados conveniados ou contratados;
h) o cumprimento da pactuação e de metas estabelecidas por:

- Termo de Compromisso de Gestão (Pacto pela Saúde);
- Programação Pactuada Integrada (PPI) da atenção à saúde;

i) o componente do SNA;
j) a regulação e o controle e avaliação (cadastro, órgão emissor, central de regulação, licitações, contratos e convênios);
k) a ouvidoria; e
l) a vigilância à saúde.

AUDITORIA DE GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DO SUS

Instrumento utilizado pelas instâncias gestoras na verificação e constatação de pontos de estrangulamento, detecção de desperdícios e correção de procedimentos que prejudicam as ações desenvolvidas, sob a ótica da eficiência, eficácia efetividade com vistas à melhoria da qualidade de saúde da população.

A atualização constante quanto às mudanças nos dispositivos legais, portarias, normas e etc. são de suma importância para a realização desta auditoria.

Auditoria analítica na aplicação dos recursos financeiros do SUS.

Verificar os diversos relatórios de transferência de recursos e informações financeiras, mês a mês, no período selecionado para a auditoria, de acordo com o objeto da mesma. Obter no SIOPS as informações prestadas pelo gestor relativas à aplicação dos recursos financeiros no setor saúde.

As informações sobre saneamento relacionado à vigilância ambiental, bem como recursos relativos à população indígena, devem ser buscadas na Fundação Nacional de Saúde – FUNASA.

Essas informações podem ser obtidas por meio de consulta nos sites institucionais:

- www.datasus.gov.br;
- www.fns.saude.gov.br;
- www.funasa.gov.br
- http://siops.datasus.gov.br

Como em toda auditoria, deve-se fazer um Comunicado de Auditoria solicitando os documentos necessários para análise.

a) Principais documentos que devem ser solicitados e utilizados nas auditorias orçamentárias e financeiras
   - ✓ Lei que instituiu o Fundo de Saúde;
   - ✓ Lei Orgânica do Estado ou Município;
   - ✓ Lei Orçamentária Anual;
   - ✓ Plano de Saúde;
   - ✓ Quadro de Metas ou Plano de Ação Anual;
   - ✓ Relatórios ou Atas de Audiências Públicas;
   - ✓ Livro de atas do Conselho de Saúde;
   - ✓ Balanço Financeiro, Orçamentário e Patrimonial;
   - ✓ Balancete Analítico da receita e despesa;
   - ✓ Extratos bancários correspondentes à movimentação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde;
   - ✓ Documentação contábil comprobatória da realização das receitas e despesas (empenho, cópia de cheque, notas fiscais, recibos, ordens bancárias etc.);
   - ✓ Processos licitatórios do período a ser analisado e portaria que criou a comissão de licitação;
   - ✓ Contratos/Convênios e similares;

- ✓ Prestação de contas e comprovante de encaminhamento do Relatório de Gestão aos órgãos competentes, conforme legislação.

b) Tabwin

Outro importante instrumento que deve estar disponível para a auditoria analítica é um extrator de dados: TabWin. Desenvolvido pela equipe do DATASUS – Departamento de Informática do SUS, com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos DBF que se constituem nos componentes básicos dos sistemas de informações do SUS - Sistema Único de Saúde. A criação desse programa só se tornou possível porque os sistemas de informações do SUS dispõem de definição nacional, permitindo assim a geração imediata das tabulações mais comuns a partir de arquivos pré-definidos.

Permite tabular informação de diferentes tipos (por exemplo, dados de internação hospitalar, de mortalidade, de população etc.) em um mesmo ambiente.

Permite ao usuário:

- Realizar operações aritméticas e estatísticas nos dados da tabela;
- Elaborar gráficos de vários tipos, inclusive mapas, a partir dos dados da tabela;
- Efetuar outras operações na tabela, ajustando-a as suas necessidades.

Para efetuar a tabulação as principais etapas são as seguintes:

1. Definir o problema.
2. Localizar arquivos.
3. Identificar as variáveis do problema.
4. Identificar uma variável para a Área de Linhas da tabela.
5. Identificar uma variável para as Colunas da tabela (opcional).
6. Identificar uma ou mais variáveis de Incremento.
7. Identificar uma ou mais variáveis de Seleção (opcional).
8. Identificar um ou mais arquivos de dados.

Auditoria operativa na aplicação dos recursos

Devem-se adotar os seguintes procedimentos:

- Analisar a movimentação dos recursos conforme extrato bancário.
- Verificar a aplicação da EC 29/2000.
- Analisar a lei de criação do Fundo.
- Verificar se o secretário de saúde é o ordenador de despesa e se atua conforme determina a Constituição Federal em seu Artigo 195, a Lei nº 8.080/90 (especialmente os artigos 9º e 33º), a Lei nº 8.142/90, bem como a EC 29/2000, que explicitam que os recursos financeiros devem ser administrados pelo órgão competente do setor saúde. Isso pode ser comprovado por meio de assinaturas nas requisições e autorizações de compras, homologação de licitações e assinaturas nas notas de empenho emitidas pela unidade de despesa.
- Verificar as deliberações do Conselho de Saúde conforme livro de atas.
- Balanço, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual, contrapartidas, comparações entre receitas e despesas e percentual de aplicação de recursos.
- Verificar a compatibilidade entre as informações do SIOPS com as informações dos balancetes.
- Compatibilizar extratos das contas X nota de empenho X cheques.

- Nos processos licitatórios analisar por amostragem os procedimentos adotados conforme a legislação, verificando a frequência de participação de cada fornecedor nas licitações, examinando a pertinência dos pareceres técnicos emitidos, consultando a Junta Comercial, Receita Federal e Estadual quando as notas fiscais apresentarem indícios de irregularidade;
- Verificar se ocorreu superfaturamento.
- Verificar se realmente ocorreu à entrada do bem ou a prestação de serviço.
- Checar, por amostragem, a entrada dos produtos adquiridos, com atenção quanto ao tipo e quantidade do material, principalmente no caso de medicamentos e equipamentos.
- Verificar por amostragem a distribuição do material e estocagem;
- Nos contratos analisar conforme legislação: forma de contrato, vigência, cláusulas, etc.
- Nas ações estratégicas, a formação de equipe Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, recebimento de recursos, contratos, vigência, cláusulas, etc.
- Na assistência farmacêutica, termos de adesão, recursos, contrapartida, aquisição, armazenamento, distribuição e prazos de validade, etc.

Relatório da Auditoria de Gestão

I – Introdução
II – Metodologia utilizada
III - Caracterização do Estado/Município
IV - Estrutura da Secretaria de Saúde
V - Informações Epidemiológicas
VI – Rede de Atenção à Saúde
VII - Módulos de Análise

A. Produção da Rede Básica de Saúde
B. Produção Especializada
C. Produção de Alto custo
D. Produção Hospitalar
E. Política de Atenção às Urgências e Emergências
F. Gestão da Informação
G. Ouvidoria
H. Avaliação e Controle
I. Regulação
J. Componente do Sistema Nacional de Auditoria
K. Análise de Indicadores
L. Assistência Farmacêutica
M. Gestão de Pessoas
N. Plano de Saúde
O. Relatório de Gestão
P. Fundo de Saúde
Q. Análise da Gestão Financeira
R. Conselho de Saúde

VIII – Conclusão
IX – Recomendações
X – Bibliografia
XI – Anexos

TERMO DE AJUSTE SANITÁRIO - TAS

A elaboração do Termo de Ajuste Sanitário- TAS (Portaria nº 2.046, de 03/09/2009) tem por finalidade a correção de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS, por meio de compromisso firmado pelos gestores do SUS e poderá ser celebrado entre os gestores das três instâncias do SUS, com base nas ações de auditoria do componente do Sistema Nacional de Auditoria - SNA, quando constatadas impropriedades na gestão do SUS.

São consideradas impropriedades na gestão do SUS o descumprimento de normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão, identificado e comprovado pelo órgão competente do SNA; e falhas de natureza formal de que não resulte dano ao erário.

O gestor compromitente, ao celebrar o TAS, obriga-se a cessar a prática do ato causador da impropriedade, elaborar **plano de trabalho** com descrição detalhada das ações para correção da impropriedade e depositar o valor apurado, com recurso próprio do tesouro, no respectivo Fundo de Saúde, no caso de impropriedade referir-se ao remanejamento dos recursos entre os blocos de financiamento.

Não cabe celebração do TAS no caso de convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, ou quando houver infração à norma legal ou quando a impropriedade resultar em ocorrência de desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

Após ser celebrado, será encaminhado pelo gestor do SUS compromissário ao Conselho de Saúde do gestor do SUS compromitente, à Comissão Intergestores Bipartite- CIB e à Comissão Intergestores Tripartite - CIT para ciência e acompanhamento da sua execução.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção 1. p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. **Orientações sobre aplicação de recursos financeiros do SUS, repassados fundo a fundo**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de auditoria do Sistema Único de Saúde. **Manual de auditoria na gestão dos recursos financeiros do SUS**. Brasília, DF, 2004.

_____. Tribunal de Contas da União. **Transferências de recursos e a L.R.F.**: orientações fundamentais. Brasília, DF, 2000.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Regulação em saúde**. Brasília, DF, 2007. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, n. 10).

KHAIR, Amir Antônio. **Lei de Responsabilidade Fiscal**: guia de orientação para as prefeituras. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; BNDES, 2000.

OLIVEIRA, Wéder de. **Lei de Responsabilidade Fiscal**: principais aspectos relativos a estados e municípios. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2000.

REFLEXÕES SOBRE A APRENDIZAGEM

Registre aqui suas reflexões sobre esta oficina:

Coisas que eu não sabia e descobri nesta Oficina:
Coisas que eu já sabia e revi nesta Oficina:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto nesta Oficina:
Impressão geral sobre esta Oficina:

SISTEMATIZAÇÃO DA APRENDIZAGEM

1. Em grupo, retome o caso que lhe foi sorteado e aplicando os conhecimentos adquiridos neste curso, refaça a trajetória dos usuários no sistema de saúde;
2. Prepare uma dramatização apresentando a trajetória refeita e apresente em plenária;
3. Participe da atividade de síntese e avaliação deste Curso.

SÍNTESE FINAL DA APRENDIZAGEM

Registre a síntese final das aprendizagens proporcionadas pelo Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS:

Coisas que eu não sabia e descobri neste Curso:
Coisas que eu já sabia e revi neste Curso:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meus colegas de trabalho:
Coisas que eu gostaria de compartilhar com meu chefe:
Temas que eu gostaria de aprofundar:
Possibilidades de aplicação do conhecimento adquirido/revisto neste Curso:
Impressão geral sobre este Curso:

Avaliação – Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS – CB RCAA

Tutores:	
Datas:	**Local:**
Atividade Principal do Participante: ☐ Regulação ☐Controle ☐Avaliação ☐Auditoria ☐Outra, qual?	
Formação: ☐Enfermagem ☐Medicina ☐Odontologia ☐Outra, qual?	
Vinculação: ☐SMS, Município:_____ ☐SES:_____ ☐MS, depto:_____	
Expectativas iniciais:	

Classifique, marcando com um X, de acordo com sua opinião, conforme os conceitos em escala crescente: 1 = fraco, 2 = regular, 3 = bom, 4 = muito bom, 5 = ótimo.

	Módulo 1					Módulo 2					Módulo 3					Módulo 4				
AVALIAÇÃO GERAL DO MÓDULO	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Coerência entre as Oficinas																				
Cumprimento do programa previsto																				
Processo de fechamento do Módulo																				
Conhecimento acrescentado																				
AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Adequação dos conteúdos aos objetivos																				
Aplicabilidade do conhecimento adquirido																				
Forma de apresentação das oficinas																				
Profundidade de abordagem do conteúdo																				
Abrangência dos assuntos abordados																				
AVALIAÇÃO DOS TUTORES	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Organização e didática																				
Domínio da metodologia																				
Incentivo à participação dos alunos																				
Relacionamento com os alunos																				
AVALIAÇÃO INFRA-ESTRUTURA	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Conforto ambiental																				
Adequação das instalações ao método																				
AUTO-AVALIAÇÃO	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Atendimento da expectativa inicial																				
Contribuição espontânea																				
Participação no grupo																				
AVALIAÇÃO DO MÓDULO	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Parecer geral sobre o Módulo																				

AVALIAÇÃO GERAL CURSO BÁSICO RCAA:	**Fraco**	**Regular**	**Bom**	**Muito Bom**	**Ótimo**
Duração: 80 horas					
Programa do curso					
Metodologia Problematizadora					
Adequação das estratégias pedagógicas aos conteúdos e objetivos					

COMO VOCE APLICARA O CONHECIMENTO ADQUIRIDO?
SUGESTOES, CRITICAS OU APRECIAÇOES COMPLEMENTARES:

Equipes técnicas

1ª Edição

Coordenação técnica: Claunara Schilling Mendonça; Débora do Carmo; Marília Cristina Prado Louvison.

Cooperação técnica: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - Júlio Suarez - Coordenador da Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde

Equipe técnica responsável:

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

2ª Edição

Coordenação técnica: Leonardo Dutra Lemos; Marilia Cristina Prado Louvison; Rosângela Franzese; Vanderlei Soares Moya

Cooperação técnica: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - Diego Victoria - Representante OPAS/Brasil

Grupo de Revisão:

Afonso Teixeira dos Reis
Adalgisa Borges N. Nomura
Ana Cecília Bastos Stenzel
Ana Paula Moreira Nardelli
Andressa Christina Gorla
Antonio Claudio Galvão
Carmem S.G.C. C. Nascimento
Claunara Schilling Mendonça
Cynthia San M. Leite de Abreu
Dagoberto Eloy Lagoa
Elaine Maria Giannotti
Elisabeth Mendes Marques
Emília Domingos
Erondina A. S. Frederico
Francisco Torres Troccoli
Glória Delfim C. e Silva Walker
Helena Caruso Torres
João Marcelo Barreto Silva
José Claudio Domingos
Jose dos Santos
Joseney Santos
Julia Virginia Ranalli
Leonardo Dutra Lemos
Leonardo Guirao Junior
Luiz Antonio Preto
Luis Henrique Magacho Volu
Marcia Leme Cavalheiro
Marilia Cristina Prado Louvison
Marisa da Silva Lima
Marlene Alves de Sousa
Michael R. de Paula
Michel Elie Hayek
Miguel Leonardo E. Montania
Miriam Vieira
Nadia B. Marinangelo
Nilton Alves de Oliveira
Regiane Nunes
Rosângela Franzese
Sandra R. A. G. B. Tavares
Silvana Solange Rossi - Duda
Tania Maria Bonfim da Cunha
Vanderlei Soares Moya
Vera Lucia Giancristóforo
Viviane Haddad Silva Higuchi