



REFLEXÕES AOS NOVOS GESTORES
MUNICIPAIS DE SAÚDE
2013 – 2016



expediente

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente

Antônio Carlos Figueiredo Nardi

Vice-Presidente

Aparecida Linhares Pimenta

Vice-Presidente

Pedro Hermann Madeiro

Diretor Administrativo

Rodrigo César Faleiros de Lacerda

Diretor Administrativo – Adjunto

Frederico Marcondes Neto

Diretor Financeiro

Mauro Guimarães Junqueira

Diretor de Descentralização e Regionalização

Aldenice Ferreira

Diretor de Descentralização e Regionalização – Adjunto

Sinvaldo dos Santos Moraes

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares

Raul Moreira Molina Barrios

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares – Adjunto

Wilames Freire Bezerra

1º Vice-Presidente Regional – Região Norte

Charles Cesar Tocantins de Souza

2º Vice-Presidente Regional – Região Norte

Afonso Emerick

1º Vice-Presidente Regional – Região Nordeste

Murilo Porto de Andrade

1º Vice-Presidente Regional – Região Sudeste

Hans Dohmann

1º Vice-Presidente Regional – Região Sul

Valdemar Ferreira Fonseca

SECRETARIAS EXTRAORDINÁRIAS

Atenção à Saúde/Nordeste – Iolete Soares de Arruda

Financiamento/Nordeste – Saulo Menezes Calazans Eloy dos Santos Filho

Financiamento/Centro Oeste – Luciano Aparecido da Silva

Financiamento/Sul – Angelita Hermann

Gestão Trabalho e Educação/Sudeste – Suely das Graças Alves Pinto

Promoção Vigilância em Saúde/Norte – Sara dos Santos Riça

Promoção Vigilância em Saúde/Nordeste – Maria Neuman de Azevedo

Promoção Vigilância em Saúde/Sudeste – Andreia Passamani Barbosa Corteletti

Participação e Contr. Social/Nordeste – Francisco Pedro da Silva Filho

Planejamento e Programação/entro Oeste – Maria Claudia Gelio M. M. Batista

Município Pequeno Porte/Nordeste – Saulo Bezerra Xavier

Município Pequeno Porte/Sudeste – Armando Alberto Hermínio de Nijs

Saúde indígena/Norte – Josianis Araújo Rodrigues

Saúde Mental – Luis Fernando Nogueira Tofani

Direito Sanitário – Maria da Conceição de Farias Rego

Direito Sanitário – Sílvia Elisabeth Forti Storti

Capitais – Marcelo Gouvea Teixeira

RELAÇÃO NACIONAL DE COSEMS

COSEMS – AC – Tels: (68) 3212-4123

Maria Laurita Oliveira

COSEMS – AL – Tel: (82) 3326-5859

Normanda da Silva Santiago

COSEMS – AM – Tels: (92) 3643-6338 / 3643-6300

Januário Carneiro da Cunha Neto

COSEMS – AP – Tel: (96) 3271-1390

Roberto Wagner Bernades

COSEMS – BA – Tels: (71) 3115-5915 / 3115-5946

Raul Moreira Molina Barrios

COSEMS – CE – Tels: (85) 3101-5444 / 3219-9099

Wilames Freire Bezerra

COSEMS – ES – Tel: (27) 3026-2287

Luis Carlos Reblin

COSEMS – GO – Tel: (62) 3201-3412

Amilton Fernandes Prado

COSEMS – MA – Tel: (98) 3256-1543 / 3236-6985

Iolete Soares de Arruda

COSEMS – MG – Tels: (31) 3287-3220 / 3287-5815

Mauro Guimarães Junqueira

COSEMS – MS – Tels: (67) 3312-1110 / 3312-1108

Frederico Marcondes Neto

COSEMS – MT – Tel: (65) 3644-2406

Jairo José dos Santos Ayres

COSEMS – PA – Tels: (91) 3223-0271 / 3224-2333

Charles César Tocantins de Souza

COSEMS – PB – Tel: (83) 3218-7366

Soraya Galdino de Araújo Lucena

COSEMS – PE – Tels: (81) 3221-5162 / 3181-6256

Ana Claudia Callou Matos

COSEMS – PI – Tel: (86) 3211-0511

Maria do Socorro Candeira Costa

COSEMS – PR – Tel: (44) 3330-4417

Antônio Carlos Figueiredo Nardi

COSEMS – RJ – Tel: (21) 2240-3763

Maria Juraci de Andrade Dutra

COSEMS – RN – Tel: (84) 3222-8996

Maria da Salete Fernandes Cunha

COSEMS – RO – Tel: (69) 3216-5371

Afonso Emerick Dutra

COSEMS – RR – Tel: (95) 3623-0817

Marcelo Lima Lopes

ASSEDISA – RS – Tel: (51) 3231-3833

Arilson da Silva Cardoso

COSEMS – SC – Tels: (48) 3221-2385

Luis Antonio Silva

COSEMS – SE – Tels: (79) 3214-6277 / 3346-1960

Saulo Menezes Calazans Eloy dos Santos Filho

COSEMS – SP – Tels: (11) 3066-8259 / 3066-8146

Ademar Arthur Chioro dos Reis

COSEMS – TO – Tel: (63) 3218-1782

Sinvaldo dos Santos Moraes

CONSELHO HONORÁRIO

Raimundo Bezerra (em memória), Paulo Dantas, José Eri Medeiros, Armando Martinho Bardou Raggio, Gilson Cantarino O´Dwyer, Edmundo Gallo, Gilberto Tanos Natalini, Neilton Araújo de Oliveira, Silvio Mendes de Oliveira Filho, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Sílvio Fernandes da Silva, Edmundo Costa Gomes e Helvécio Miranda Magalhães Júnior.

DISTRIBUIÇÃO: Ministério, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Prefeituras, Universidades, Instituições Nacionais e Internacionais, Diretores e Administradores de Entidades Públicas e Privadas ligadas à saúde.

Esplanada dos Ministérios – Ministério da Saúde

Bloco “G, Edifício Anexo, “Ala “B”, sala 144 – Cep: 70.058-900 – Brasília-DF

Tel: (61) 3223-0155

Homepage: www.conasems.org.br

Email: conasems@conasems.org.br

ORGANIZAÇÃO :

José Enio Servilha Duarte

Nilo Brêtas Júnior

Autores:

Blenda Leite Pereira

Denise Rinehart

Elton Chaves

Fernanda Vargas Terrazas

Marcia Cristina Marques Pinheiro

Marcos Franco

Marema Patrício

Nilo Brêtas Júnior

Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda

ELABORAÇÃO:

José Enio Servilha Duarte, Nilo Brêtas Júnior, Blenda Leite Saturnino Pereira, Denise Rinehart, Gilson Carvalho, José Veloso Souto Júnior, Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Lenir dos Santos, Marcos Silveira Franco, Sibebe Maria Gonçalves Ferreira, Rodrigo César Faleiro Lacerda, Solon Dias da Silva.

AGRADECIMENTO:

Ao Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo – COSEMS SP pela elaboração do Manual de Gestores Municipais que subsidiou esta publicação.

PRODUÇÃO

PROJETO GRÁFICO

Id Arteseventos

DIREÇÃO DE ARTE

Helma Kátia

DESIGNERS

Jadson Alves

Pablo Valença

I. APRESENTAÇÃO

Há 4 anos, editávamos a primeira publicação do CONASEMS que apresentava aos Secretários Municipais de Saúde um conjunto de preocupações, questionamentos e acumulações para subsidiar a gestão que se iniciava no caminho da consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Agora, em 2013, é com grande satisfação que fazemos essa nova edição, renovando nossa certeza de que o conjunto dos 5568 atuais gestores municipais é que representa o novo, portadores de novas propostas em saúde, com forte compromisso para com as necessidades da população e com a integralidade das ações de saúde e com a inclusão social.

Nossa responsabilidade a frente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, e dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde nos estados – COSEMS, muito mais que estar ao lado de todos que defendem uma saúde pública e uma gestão solidária, nos coloca o desafio de tentar trazer, por meio desta publicação, nossas acumulações com as conquistas e superações construídas ao longo de mais de 25 anos de lutas.

À reflexão inicial de 4 anos atrás de valorização do conhecimento acumulado em cada Secretaria Municipal de Saúde pelo conjunto de trabalhadores e trabalhadoras da saúde, reconhecendo as ações e projetos bem sucedidos e dando continuidade a estes, soma-se o desafio de construir a gestão compartilhada na região de saúde. Criar, em cada município, o espaço intermunicipal fazendo uma gestão solidária e compromissada com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS.

Não se trata de desafio novo, pois está presente na Constituição de 1988 e na legislação do SUS, mas que ganha relevância nos recentes movimentos oportunizados pela Lei 12466, que institucionalizou nossos colegiados intergestores, pelo Decreto Presidencial 7508 de 2011 que regulamenta aspectos da Lei 8080, e pela Lei Complementar 141 de 2012 que trata da responsabilização pela gestão do SUS. Não é por coincidência que desde 2010, o grande esforço tripartite vem sendo a construção de redes de atenção à saúde, que preservem a autonomia de entes federados que temos e promovam a integração entre serviços na busca da integralidade e da garantia do acesso com qualidade.

Essa é a perspectiva do SUS, bem como dos demais sistemas universais mundo afora. A construção real da regionalização, que tem como resultado o contrato organizativo entre entes públicos – COAP é a grande estratégia que deve ser buscada na relação com os demais gestores municipais na região e no estado e também dentro do território municipal, com os trabalhadores, com o controle social e com a população. E não é tarefa simples, sabemos afinal que a população votou no prefeito e este escolheu seus Secretários de Saúde, na esperança de ver resolvidos os problemas da cidade. Mas não existem municípios autossuficientes em saúde e o sucesso de um, depende dos vizinhos e da cooperação do estado e da União.

O CONASEMS completa, em 2013, 25 anos de existência, em conjunto com o texto constitucional. Falar do CONASEMS é falar do SUS. O CONASEMS teve, ao longo de sua trajetória, um papel preponderante na construção desse sistema. Representamos e defendemos os interesses dos municípios na saúde e inúmeras vezes mudamos os rumos dos acontecimentos no processo da descentralização do poder entre as esferas de governo. Esse compromisso se renova com a energia que traz cada novo gestor municipal, pois sabemos que são os municípios que podem produzir novas formas de fazer saúde.

A estrutura diretiva do CONASEMS é composta por sua Diretoria e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde representantes dos estados – CONARES, que se reúnem periodicamente para tratar de temas de interesse da gestão municipal e do SUS. Desde antes da existência formal do CONASEMS, o movimento de gestores municipais vem realizando Congressos Anuais de Secretarias Municipais de Saúde. O primeiro ocorreu em 1978. Nesses encontros anuais se atualiza a tese que orienta a atuação da entidade.

Nossa tese atual, disponível em nosso portal www.conasems.org.br pontua os dois desafios estruturantes para o SUS: o subfinanciamento do sistema e a carência de profissionais médicos. Por isso, nos engajamos em dois amplos movimentos na sociedade brasileira: o saúde + 10, que visa obter assinaturas suficientes para uma emenda de iniciativa popular por 10% das receitas correntes brutas da União para o SUS e agora, em 2013, o Cadê o Médico, da Frente Nacional de Prefeitos, que visa assegurar a presença desses profissionais em todos os municípios brasileiros em quantidade suficiente e com formação adequada para lidar com os problemas de saúde da população.

Temos investido cada vez mais no fortalecimento da capacidade de atuação técnica de nosso escritório e fundamentalmente no fortalecimento do COSEMS, pois sem uma agenda de cooperação técnica para o fortalecimento da gestão municipal em cada estado, não teremos regionalização e o SUS.

Esta publicação, como a de 2009, com certeza não esgota os temas tratados e muito menos todos os temas que afligem os gestores, mas aborda pontos essenciais, sugerindo caminhos para seu aprofundamento. Dessa forma, o CONASEMS e os COSEMS reafirmam sua aposta na força dos municípios na construção do SUS e se colocam ao lado de cada Secretário e Secretária Municipal de Saúde na responsabilidade coletiva de traduzir os esforços em melhorias efetivas das condições de saúde de nossa população.

Sucesso a todos os gestores municipais da saúde!

Antônio Carlos de Figueiredo Nardi
Presidente do CONASEMS

SUMÁRIO

- 1 - Apresentação 5
- 3 - O SUS 10
- 4 - O Prefeito 18
- 5 - O Legislativo 26
- 6 - Autonomia do Setor Saúde 32
- 7 - Financiamento 38
- 8 - A regionalização, Redes de Atenção à Saúde e Planejamento Regional 44
- 9 - Sistema de Informação do SUS 56
- 10- Decreto 7508 e o COAP 62
- 11-Lei Complementar 141 68
- 12 - Modelo de Gestão e Gerenciamento de Serviços 88

5

4

0

- 13 Modelo de Atenção à Saúde 96
- 14 - Atenção Básica 102
- 15 - Vigilância em Saúde 116
- 16 - Participação da Comunidade 134
- 17 - A Gestão do Trabalho 142
- 18 - A Gestão da Educação em Saúde 148
- 19 - Auditoria e a Ouvidoria 152
- 20 - Ouvidoria 160
- 21 - A Assistência Farmacêutica 164
- 22 - Contatos 178
- 23 - Rede Brasil de COSEMS 184

8

6

7

9

2

3

የገንዘብ ግብ



Para entender:

O SUS foi garantido na Constituição de 1988 graças à ampla mobilização da sociedade e de profissionais de saúde.

As primeiras discussões a respeito da municipalização e de um sistema de saúde universal começam na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963. A mobilização continuou crescendo e culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aprovou a proposta de criação do SUS. Em 1988 o Sistema foi consagrado pela Constituição Federal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) implica entender a saúde como um direito de cidadania, que equivale ao direito à própria vida. No contexto do SUS, as ações e serviços de saúde constituem um direito social que deve ser assegurado pelo Estado e de responsabilidade das três esferas autônomas de governo (federal, estadual e municipal), conforme pacto federativo brasileiro. O SUS segue uma mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos, em todo o território nacional. Não se trata, portanto, de uma prestação de serviço ou uma instituição, mas de um “Sistema” estruturado em nível nacional, composto por unidades, serviços e ações que interagem, objetivando um fim comum, baseado nos seguintes princípios:

- Universalidade – A saúde entendida como um direito de todos e um dever do Estado, sem distinções, restrições e qualquer custo.
- Integralidade – As ações de saúde combinadas e voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de cada cidadão: o SUS tem obrigação de oferecer atenção integral à saúde, de forma individual e/ou coletiva, em todos os níveis de complexidade.
- Equidade – O SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, tratando diferentemente os diferentes para atingir a igualdade e as necessidades de saúde.
- Participação social – A Constituição Brasileira garante a participação dos usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços no processo de formulação das políticas de Saúde, assim como no controle de sua execução, que é exercido por meio dos conselhos e das conferências de Saúde, obrigatórios nas três esferas de governo. A organização do sistema de saúde deve seguir alguns preceitos ou diretrizes.

- Regionalização – A rede de serviços do SUS deve ser planejada e organizada no contexto de uma área delimitada, de modo a permitir o conhecimento dos problemas locais e identificação das prioridades de intervenção. Garante-se assim o acesso de todos os cidadãos a ações que resolvam seus problemas de saúde, sejam individuais ou coletivos, otimizando os recursos disponíveis. A regionalização é um pressuposto que orienta a descentralização das ações e serviços de Saúde, os processos de negociação e pactuação entre os gestores, além da identificação e construção das “Regiões de Saúde”.

- Hierarquização – O acesso da população à rede do SUS deve se dar por meio dos serviços de Atenção Básica, que precisam estar qualificados para o atendimento e a resolução dos principais problemas dos usuários. Os problemas que não puderem ser solucionados na Atenção Básica devem ser encaminhados aos serviços de maior complexidade, também conhecidos como atenção especializada. Esses serviços devem se articular entre si e criar condições para haver complementaridade de ações, segundo as necessidades da atenção básica, ordenadora e coordenadora da rede de atenção, aumentando a resolutividade e contribuindo para a Integralidade. Para isso, é necessário planejamento da região de saúde, que materialize a rede de atenção, suas prioridades, seus pactos de cuidado incluindo seus fluxos e instrumentos, seus mecanismos reguladores, seus sistemas logísticos e de apoio, sendo essa uma das atribuições das CIR – Comissão Intergestores Regionais.

- Resolutividade – Cada serviço deve ser responsável por resolver os problemas de saúde que lhes são apresentados pelos usuários ou pelo conjunto da comunidade, de acordo com sua estrutura e capacidade tecnológica, acolhendo os usuários de saúde na referência e na contrarreferência.

- Descentralização – Compreendendo que a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde é distribuída entre as esferas de governo, considera-se que a chance de acerto de uma decisão será maior se ela for tomada por quem está próximo do fato que a mobiliza. A principal estratégia de descentralização adotada pelo SUS foi a municipalização da Saúde, materializada pelo COMANDO ÚNICO sobre o Sistema de Saúde, que reforça o poder municipal sobre a gestão da Saúde.

- Complementaridade do Setor Privado – O planejamento do Sistema de Saúde deve ser prioridade para o gestor da Saúde. A contratação de serviços privados deve se dar somente para serviços ou ações que não existam ou cuja oferta seja insuficiente no setor público, e ser feita por meio de contratos, conforme as normas de direito público, com prioridade para o setor filantrópico. A instituição privada deve atuar em acordo com as normas técnicas do SUS, integrando-se pelo planejamento à rede regionalizada e hierarquizada.

O SUS, apesar do financiamento insuficiente, tem sido o maior instrumento de resgate da dívida social brasileira, garantindo inclusão social de forma universal e participativa. É a expressão responsável da democracia brasileira quando estabelece mecanismos de relação entre entes federados e com a comunidade. As atribuições compartilhadas entre os entes federados e as atribuídas a cada um estão contidas na Lei 8080/90.

A formatação do SUS reflete as dimensões republicanas e federativas da organização política brasileira. Republicana no seu relacionamento entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e com a sociedade organizada na sua respectiva esfera de governo. Federativa no seu relacionamento de autonomia e cooperação solidária entre as esferas federal, estaduais e municipais, conforme garantido na Constituição Federal de 1988 - Art. 18: A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.

A autonomia dos entes federados e a necessidade de organização de um sistema, sempre apresentam dificuldades que para sua resolução necessitam de um bom entendimento da natureza da organização política estatal.

A relação entre os entes federados autônomos tem como obrigação constitucional organizar este sistema de forma que garanta a autonomia das esferas de gestão e o fluxo de funcionamento, hierarquizando a complexidade dos serviços e constituindo uma rede contínua de cuidados.

As ações das redes de assistência, de prevenção, de proteção e promoção constituem a rede de atenção à saúde e a sua organização regional pode ser entendida como rede interfederativa de serviços.

Equacionar a autonomia federativa, a hierarquia dos serviços de forma sistêmica, as responsabilidades sanitárias e de financiamento têm sido o trabalho constante das instâncias colegiadas do SUS. A grande missão é construir uma rede interfederativa de serviços (Santos e Andrade/ 2007).

A responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos não termina nos limites do município. A garantia do atendimento integral a este cidadão, ou seja, a eventual necessidade de complementaridade da assistência, mesmo fora do município, é uma responsabilidade da gestão municipal.

A gestão do SUS é em sua essência um ato de negociação e pactuação política local, regional, estadual e nacional. Os problemas de saúde são responsabilidade do governo municipal, que executa as ações de atenção à saúde, cabendo ao estado e à união o papel de apoio técnico e financeiro, de acordo com o artigo 30 da Constituição Federal. A forma como isso vai acontecer é que deve ser pactuado.

O município transformou-se no principal protagonista nesta organização, e neste sentido, um programa de governo municipal para a saúde é de fato o que mais pode interferir na qualidade de vida e saúde da cidade. Este programa de governo é escolhido pelo voto local, quando elege o prefeito.

Veja abaixo algumas legislações e documentos que regulamentam o SUS:

- Constituição Federal de 1988 - Capítulo V: Artigos 196 a 200.
- Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080, de setembro de 1990 e Lei Federal nº 8.142, de dezembro de 1990).
- Lei 12.466/2011
- Decreto 7508
- Lei Complementar 141
- Constituição do seu Estado
- Código de Saúde do Estado
- Lei Orgânica da Saúde em seu Estado
- Lei Orgânica do seu Município.
- Leis Complementares ou Ordinárias relacionadas à saúde do seu município.

Lembre-se:

De acordo com a Constituição Federal, os municípios são autônomos em relação ao governo do Estado e à União. O SUS deve ser construído com base em uma relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo.

Para reflexão:

VOCÊ ACHA QUE O SUS JÁ ESTÁ IMPLANTADO EM SEU MUNICÍPIO?

Para saber mais:

ALMEIDA, E. S.; ZIONI, F.; CHIORO DOS REIS, A. A. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. In: Gestão de Serviços de Saúde. Ed. São Paulo: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo, 2001, p. 13-50.

BRASIL, Ministério da Saúde. O ABC do SUS: doutrina e princípios. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.ccs.ufsc.br/geosc/babcsus.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. Brasília, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: 2006, 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf

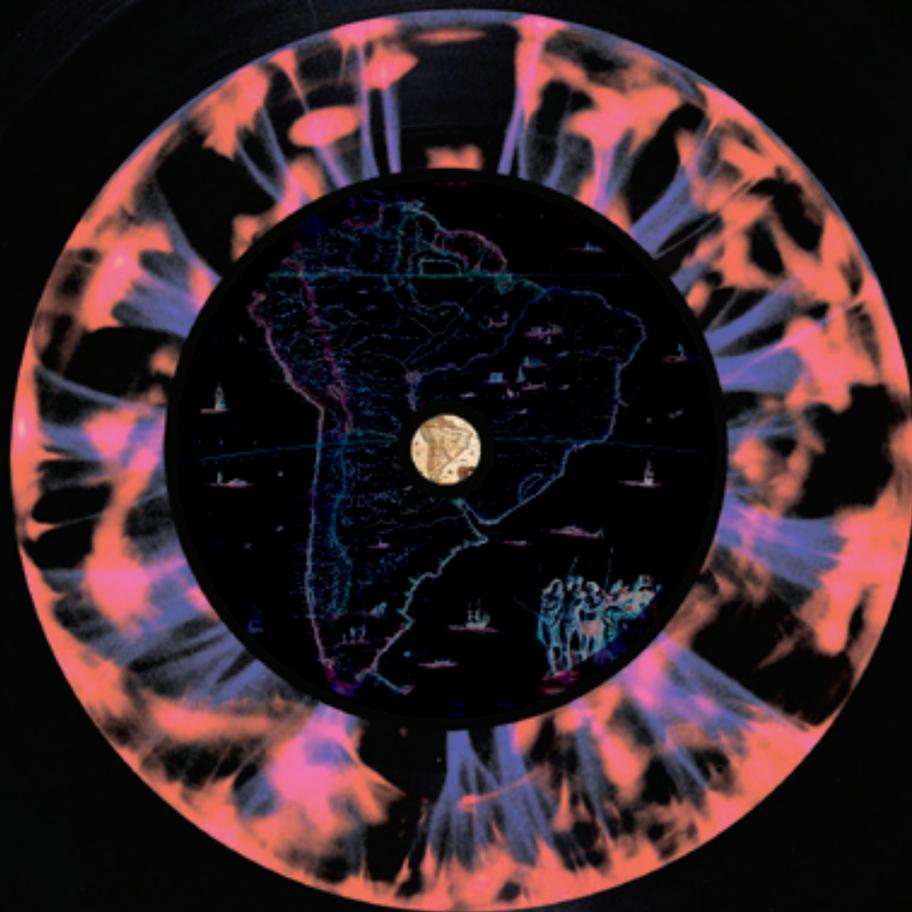
Santos, Lenir. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos o SUS. In: interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros / Lenir Santos, Luiz Odorico Monteiro de Andrade. – Campinas, SP: Instituto de Direito Aplicado: CONASEMS, 2007.

Brasil. Conselho nacional de Secretários Municipais de Saúde. Movimento sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios – Memórias. Brasília: CONASEMS, 2007.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. 20 anos do SUS e do CONASEMS. Brasília: CONASEMS, 2008.

Silva, Silvio Fernandes. Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

9



© PREFEITO ©

O gestor municipal, escolhido pelo prefeito eleito, tem como missão implantar a proposta do governo eleito, articulando as demandas da comunidade, da sociedade organizada, dos trabalhadores da saúde com esse projeto de governo.

Cabe ao gestor da saúde a responsabilidade de harmonizar as duas dimensões da democracia, conforme a Constituição, em seu município:

- A representativa (indireta), eleita nas urnas que tem o prefeito no executivo e os vereadores no âmbito do legislativo.
- A participativa (direta), que no caso da saúde é regulamentada pela Lei 8.142 e expressa pelos conselhos locais de saúde e pelas conferências (municipal e etapa municipal da nacional).

Um grande desafio está na relação com o Conselho Municipal de Saúde. Este Conselho é uma instância política regulamentada pela Lei 8142/90, prevista em todas as constituições municipais e regulamentadas por leis municipais. É uma instituição do executivo municipal, com participação de trabalhadores, usuários, prestadores e da gestão municipal. Sua independência e autonomia garantem a transparência necessária da administração pública municipal. Isto não significa que o governo municipal deva desconsiderar sua participação na constituição e construção política do Conselho Municipal de Saúde. Pelo contrário, é fundamental a participação do gestor municipal, não "partidarizando" a participação política do Conselho, e ao mesmo tempo não o despolitizando.

O prefeito espera que seu secretário administre com responsabilidade e garanta um permanente espaço para a articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde e estes atores, com base nas atribuições constitucionais. Também espera uma importante de articulação com os demais setores da administração municipal. A educação, a assistência social, as obras, a administração e principalmente a área de finanças são áreas de necessária sinergia para o sucesso da administração municipal. Nesta tarefa é fundamental a participação e liderança do Prefeito Municipal. Ele é o ator responsável pela intersectorialidade necessária à política de saúde.

Essa afirmação pode ser constatada por meio da redação contida na Constituição Federal:

CF - Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - zelar pela guarda da Constituição, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público;

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;



CF - Art. 30. Compete aos Municípios:

I - legislar sobre assuntos de interesse local;

II - suplementar a legislação federal e a estadual no que couber;

III - instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas, sem prejuízo da obrigatoriedade de prestar contas e publicar balancetes nos prazos fixados em lei;

IV - criar, organizar e suprimir distritos, observada a legislação estadual;

V - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos de interesse local, incluído o de transporte coletivo, que tem caráter essencial;

VI - manter, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, programas de educação infantil e de ensino fundamental;

VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

VIII - promover, no que couber, adequado ordenamento territorial, mediante planejamento e controle do uso, do parcelamento e da ocupação do solo urbano;

IX - promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual.

Alerta

Aqui alertamos que muita coisa mudou na legislação sobre a saúde. Agora existem exigências legais que necessitam ser obedecidas e equacionadas. O Decreto 7508/11 e seus instrumentos, a Lei 141/12, o Decreto 7827/12 e a Portaria 637 de outubro de 2012 do Ministério da Fazenda são regulamentos que o prefeito, os secretários da fazenda e da saúde não podem desconhecer. Uma boa sugestão seria um grupo de estudo para rever estas responsabilidades que podem inviabilizar a gestão se não forem cumpridas com rigor.

Outra questão importante que o prefeito deve saber é que a gestão não está completa se o gestor não participar da negociação regional. Não há município no Brasil que seja plenamente suficiente para executar o universo das ações necessárias para a atenção à saúde, conforme suas responsabilidades constitucionais. O SUS é um sistema dinâmico cuja regionalização está em permanente construção e transformação. O gestor municipal deve participar da condução e da formatação da região de saúde e suas relações interfederativas.

Nenhum ente federado municipal ou mesmo estadual tem autoridade ou autonomia para deliberar sobre as ações dentro de outro município, conforme o artigo 18 da Constituição Federal. Isto só pode ocorrer por meio de resoluções pactuadas e colegiadas dos gestores e mesmo assim apenas a partir de consensos. Não se vota consenso. (pactuar=federar).

A Direção única citada no artigo 196 inciso I da Constituição deriva deste conceito federativo e tem outras implicações importantes como a responsabilidade de um único gestor pelo prestador. Não se pode conceber a compra de serviços sem uma adequada regulação, auditoria e avaliação do prestador.

Entretanto, ainda observamos a compra de serviços de um município por meio de um prestador localizado em outro município. Quando isto se dá através do pacto federativo é absolutamente correto (COAP- 7508/11). Quando esta compra é independente do gestor de onde se compra, isto significa que o município comprador ou não está fazendo a regulação, avaliação e auditoria ou está ferindo o direito federativo constitucional de comando único, diminuindo a capacidade de gestão do município onde se comprou serviço e resultando muitas vezes em competição com o SUS.

É muito importante que o secretário possua uma boa sustentabilidade e representação política no governo municipal, mas a gestão do SUS não possui apenas a perspectiva política. O conhecimento técnico em saúde pública e de planejamento são as bases para uma boa governabilidade. Todo prefeito deve garantir que seu secretário tenha domínio sobre a tecnologia do planejamento e regulamentos do SUS. Neste sentido, deve permanentemente se manter atualizado acerca das questões técnicas e normativas de relevância.

CF - Art. 29. O Município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição, na Constituição do respectivo Estado e os seguintes preceitos:

XII - cooperação das associações representativas no planejamento municipal;

O SUS tem entre as suas fraquezas o subfinanciamento e insuficiência de apoio técnico. O prefeito e seu secretário devem ter clareza de suas limitações e buscar superá-las de forma responsável. Pode conseguir sempre um bom apoio junto às instâncias associativas de Prefeitos e nas instâncias constituídas pela lei 12.466 como os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde. Isto pode significar o espaço entre o sucesso e a reprovação do projeto de saúde e principalmente no crescimento ou não da qualidade de vida e saúde da população de seu município.

Montagem da Equipe

Ao compor sua equipe, o prefeito deve ter em vista que a instituição que dirige é a responsável por assumir a totalidade das ações e de serviços de atenção à saúde do SUS no âmbito municipal.

Assim, deve nomear um secretário que seja capaz de conduzir política e tecnicamente as questões relacionadas à área da saúde. A equipe deve estar apta a lidar com planejamento, administração, organização e o financiamento dos serviços, além de sob sua direção, desenvolver políticas intersetoriais.

Assegurar a participação da sociedade civil e de representantes de entidades nas decisões da SMS também constitui tarefa da equipe gestora. Os dirigentes devem implementar a autonomia na gestão dos recursos financeiros, materiais e do trabalho relacionados à saúde municipal (Lei 141). Neste desafio, o gestor tem a seu favor diversas estratégias para a formação de gestores, desenvolvidas pelo CONASEMS, pelos COSEMS, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Passo -A-Passo

- Procure analisar a atuação e o currículo dos profissionais de carreira em sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Há anos, o Poder Público vem investindo na formação deles;
- Defina os critérios técnicos necessários para a atuação em cada um dos cargos de livre-provimento disponíveis. Só aceite indicações caso os candidatos atendam as exigências;
- Caso seja necessário, promova uma reforma administrativa imediatamente. Com o passar do tempo, a equipe tende a ser menos favorável a mudanças profundas na estrutura de gestão;
- Invista nas instâncias de participação da comunidade (Conselhos e Conferências);
- Exija o cumprimento da jornada de trabalho integral por parte da equipe dirigente. Lembre-se: é ela quem deve “dar o exemplo”;
- Construa mecanismos de vigilância da corrupção, malversação, apadrinhamento, perseguições, desperdício de recursos e outras mazelas;
- Nepotismo é crime, agora tipificado em lei. Exija que os direitos de todos sejam respeitados;

- Seja cuidadoso com conflito de interesses. Procure dar publicidade às relações de trabalho em sua SMS;
- Participe das atividades do CONASEMS e dos COSEMS. Em sua região participe das reuniões do Colegiado Intergestores Regional e estabeleça parcerias.

Referências:

1. CONSTITUIÇÃO FEDERAL/ de 1988; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm; BRASIL.
2. DECRETO 7508/ de 2011; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm; BRASIL.
3. LEI COMPLEMENTAR 141/ de 2012; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm; BRASIL.
4. DECRETO 7827/de 2012; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm; BRASIL.
5. PORTARIA 637/ de 2012/MF; http://www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/MDF5/PortSTN_637_18102012.pdf; BRASIL.
6. LEI 12.466/ de 2012; http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm; BRASIL.

Para Reflexão

1. Qual o conhecimento do seu prefeito sobre o SUS e os novos regulamentos?
2. Qual a proposta de governo para a saúde apresentada na eleição?
3. Como será a sua participação como gestor da saúde na sua região?
4. Qual o seu pensamento e qual o pensamento do prefeito sobre o perfil da sua equipe de governo na saúde?

O poder legislativo municipal é uma forma democrática de organização do estado brasileiro. A Câmara expressa, juntamente com o Prefeito, a democracia em sua dimensão indireta, a representação, no âmbito municipal.

A relação com o legislativo possui várias áreas de interesse mútuo e atribuições nas definições das políticas públicas de saúde. Entre elas o orçamento municipal, que tem como base o plano plurianual e o plano municipal de saúde. A cada ano a gestão da saúde deve participar da elaboração da Lei Orçamentária Municipal, em seu componente específico e considerando as necessidades intersetoriais que podem ser determinantes do processo de construção da cidadania em saúde.

Quais são as ações municipais da saúde e de outras áreas que precisam estar previstas no orçamento e que impactam na qualidade de vida e saúde?

Estas questões devem estar claras para o gestor e se estas propostas foram construídas de forma coletiva e participativa, a negociação com o legislativo toma outro peso, pois dificilmente o vereador vai querer se contrapor a uma vontade da comunidade.

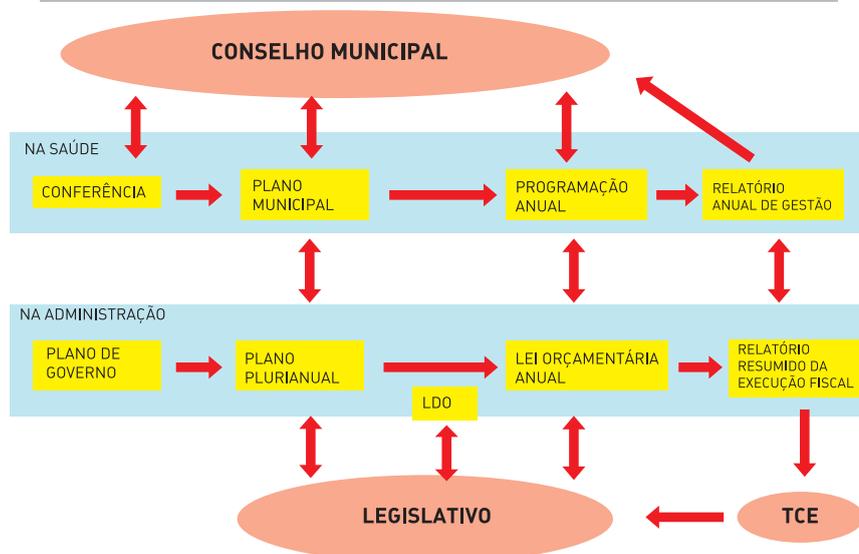
Atenção para a Constituição Federal:

C F - Art. 167. São vedados:

I - o início de programas ou projetos não incluídos na Lei Orçamentária Anual;

As atribuições do executivo municipal e do legislativo enquanto estruturas estatais da democracia representativa devem se relacionar, na forma da Lei 8.142/90 com as instâncias de democracia participativa de maneira a serem sinérgicas e cronologicamente viáveis, para que as exigências das leis sejam cumpridas em todas as suas normativas. Neste sentido, veja como podemos relacionar as atribuições do legislativo e do executivo na saúde:

INTEGRAÇÃO DOS NORMATIVOS PÚBLICOS



Sempre existem interesses do legislativo que devem ser pautados em nome da governabilidade política do projeto de saúde. O que deve ser prioritário em relação ao previsto no orçamento, dado que não se pode iniciar programa ou projetos não inclusos no plano municipal de saúde ou no orçamento municipal.

Outra frente de negociação com a Câmara Municipal é a agenda política do executivo municipal. Uma boa medida para a participação do vereador (que sempre tem uma determinada área de política pública ou região de base política) é sua inserção nas iniciativas de gestão desta área. Em reuniões com a comunidade programadas pelo gestor, nos compromissos de governo para estas comunidades, são momentos que o executivo municipal pode favorecer um melhor diálogo com o legislativo.

Lembramos que por ser o Conselho Municipal de Saúde uma organização do executivo municipal, não pode haver a participação de vereadores como conselheiros.

A terceira frente de relacionamento com o legislativo é da fiscalização das ações e contas municipais, conforme apresentado na CF:

CF - Art. 31. A fiscalização do Município será exercida pelo Poder Legislativo Municipal, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Poder Executivo Municipal, na forma da lei.

§ 1º - O controle externo da Câmara Municipal será exercido com o auxílio dos Tribunais de Contas dos Estados ou do Município ou dos Conselhos ou Tribunais de Contas dos Municípios, onde houver.

§ 2º - O parecer prévio, emitido pelo órgão competente sobre as contas que o Prefeito deve anualmente prestar, só deixará de prevalecer por decisão de dois terços dos membros da Câmara Municipal.

§ 3º - As contas dos Municípios ficarão, durante sessenta dias, anualmente, à disposição de qualquer contribuinte, para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade, nos termos da lei.

§ 4º - É vedada a criação de Tribunais, Conselhos ou órgãos de Contas Municipais.

A lei determina que o gestor municipal deva prestar contas perante o Conselho Municipal de Saúde e em audiência pública na Câmara Municipal a cada quadrimestre em conformidade com a Lei 141/de 2012, independentemente da prestação de contas prevista no § 2º do artigo 31 da Constituição Federal e regulamentada pelo Decreto 7527/de 2012. O não cumprimento desta norma pode desencadear uma ação de improbidade administrativa do prefeito por parte do legislativo e bloqueio das transferências federais.

O gestor municipal da saúde, além da transparência, deve garantir um permanente canal de comunicação com o legislativo. Se o gestor é, em primeira instância, o ordenador de despesas, a prestação de contas é uma de suas responsabilidades inerentes ao cargo.

Referências:

1. 5ª edição do Manual de Demonstrativos Fiscais (MDF); http://www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/MDF5/PortSTN_637_18102012.pdf; BRASIL.

2. LEI 8.142 DE 1990; <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>; BRASIL.

Para reflexão:

1. O gestor municipal deve se importar com as demandas do legislativo? Por quê?

2. Você conhece os vereadores da câmara de seu município e as suas plataformas políticas? Faça um mapa das influências dele na perspectiva de tendência política, área de abrangência (onde ele recebeu votos) e pensamentos de sua plataforma durante a eleição.



AUTONOMIA
DO SETOR SAÚDE

6



A regulamentação do SUS deixa clara a necessidade de comando único em cada esfera de governo, (artigo 198 inciso I). Esta questão é muito importante, pois determina a unidade de planejamento e da gestão perante as responsabilidades sanitárias.

A autonomia preconizada não é política, pelo contrário, a sustentabilidade política deve ser a principal preocupação do secretário municipal de saúde. A autonomia de gestão através do Fundo Municipal de Saúde representa autonomia em relação a outros gestores da saúde como regulamentada no SUS e facilita o desenvolvimento das ações de saúde conforme as demandas específicas do setor. Isto traz como consequência a necessidade do gestor dominar as questões administrativas e as implicações jurídicas da municipalidade.

No período da elaboração da CF de 1988, onde se criou o Sistema Único de Saúde, muito se discutiu sobre a administração financeira dos recursos da saúde. Os defensores do modelo descentralizado de gerenciar a saúde queriam que os recursos federais e estaduais, destinados a executar ações de saúde nos municípios, fossem transferidos direta e automaticamente a estes para que administrassem segundo suas necessidades e ouvidos os técnicos, o conselho, o poder político executivo e legislativo. O receio de parlamentares e gestores federais era de que, sendo os recursos destinados à saúde de grande volume e entrando na conta geral da prefeitura, eles fossem usados em outra área que não saúde. O pacto foi feito propondo-se que cada município e estado tivesse um FUNDO DE SAÚDE para administrar todo o dinheiro da saúde: o próprio e o transferido. A União já tinha seu Fundo Nacional de Saúde.

Para as administrações municipais ficou muito mais fácil administrar estes recursos da saúde, que têm seus usos e prestações de contas próprias, separados no Fundo de Saúde. O Fundo é, na verdade, uma conta especial e jamais uma unidade administrativa, isolada e independente, que assumiria o papel de uma fundação. O Ministério da Saúde já de muito tempo administra seus próprios recursos no Fundo Nacional de Saúde sob a responsabilidade e autorização da despesa de alguém que não o ministro da Saúde, mas determinado por ele como ordenador de despesa.



Assim os Municípios têm como obrigação:

- 1) criar o Fundo de Saúde por lei;
- 2) estruturar o funcionamento deste Fundo;
- 3) depositar em suas contas todos os recursos da saúde: os próprios e os transferidos;
- 4) ter este Fundo sob a administração da Secretaria de Saúde que deve ser a responsável e autorizadora de despesa;
- 5) só executar despesas previstas no plano de saúde;
- 6) elaborar os relatórios de gestão periódicos.

A existência do Fundo de Saúde e sua administração na Secretaria de Saúde não quebra o princípio do Caixa Único da Prefeitura, pois ele faz parte do orçamento municipal, tanto nas Leis Orçamentárias quanto nas prestações de contas.

Planejamento, orçamentação, licitações, compras, contratações, gestão do trabalho, prestação de contas, avaliação, monitoramento, regulação compõem, entre outras, as necessidades de domínio do gestor e de articulação junto às áreas responsáveis quando as mesmas estiverem organizadas junto a outras secretarias do município.

A autonomia de uma Secretaria Municipal de Saúde tem que ser construída ao longo do tempo, com acúmulo da experiência dos trabalhadores da saúde e da própria instituição na lida diária do ordenamento das despesas, e na gestão do Fundo com responsabilidade fiscal e na atenção à saúde com responsabilidade sanitária. Neste sentido, a gestão deve gerar transparência e compromisso político com o projeto de governo. A base para isto é a confiança que o prefeito tem na instituição saúde e na representação política do secretário da Saúde.

O gestor municipal da saúde, mesmo experiente, deve buscar permanente atualização nas questões da administração pública, facilitando assim as responsabilidades do chefe do executivo municipal.

Confira isso na seguinte legislação:

1) OBRIGATORIEDADE DE O GESTOR MANTER O FUNDO DE SAÚDE

ADCT 77, 3 ... os recursos dos estados, DF e municípios e os transferidos pela União serão aplicados por meio de Fundo de Saúde

Lei 8080, 33 ... os recursos do SUS serão depositados em conta especial

Lei 8142, 4 ... para receber recursos deverão contar com Fundo de Saúde

Decreto 1232, 2 ... a transferência federal fica condicionada a ter Fundo de Saúde.

2) OBRIGAÇÃO DO GESTOR ADMINISTRAR TODOS OS RECURSOS DA SAÚDE NA SECRETARIA DA SAÚDE SOB ADMINISTRAÇÃO DA ÁREA E DO GESTOR ÚNICO DO SUS

CF – 195 - §2 A proposta do orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na LDO, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

LEI 8080,33 §1 – Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

Para reflexão:

1. Como a saúde em seu município é vista pelos setores municipais de finanças e administração?

2. O que você como gestor pretende fazer para mudar ou manter este quadro?



FINANCIAMENTO

7

Para entender:

Ações e serviços de Saúde são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no orçamento da Seguridade Social.

Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos à Saúde de acordo com a LC 141 de 2012. As transferências, regulares ou eventuais, da União para estados, municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida destas esferas de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

Esses repasses ocorrem por meio de transferências “fundo a fundo”, realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) diretamente para os estados, Distrito Federal e municípios, ou pelo Fundo Estadual de Saúde aos municípios, de forma regular e automática, propiciando que gestores estaduais e municipais contem com recursos previamente pactuados, no devido tempo, para o cumprimento de sua programação de ações e serviços de Saúde.

As transferências regulares contemplam, ainda, os pagamentos diretos a prestadores de serviços e beneficiários cadastrados de acordo com os valores e condições estabelecidas em Portarias do Ministério da Saúde.

Para cumprir os preceitos do financiamento do SUS, o gestor tem de estar seguro quanto a algumas questões legais, tais como:

Gasto em Saúde: os recursos da saúde só podem ser empregados em ações e serviços de Saúde definidos na Constituição Federal (Artigo 200) e nas Leis nº 8080/90 e nº 8142/90.

No município, o gestor não pode realizar gastos com ações ou serviços que não estejam previstos no Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e nas Leis Orçamentárias (PPA, LDO e LOA). Para o início de 2013, o grande desafio para os gestores municipais será a elaboração do Plano Municipal de Saúde, do PPA (2014-2017) e da LDO 2014.

Recursos da Saúde: a LC 141 define claramente o quantitativo mínimo que as esferas de governo devem investir em saúde: 1) a União deve investir o que foi empenhado no ano anterior, corrigido com o percentual de variação nominal do PIB; 2) os Estados, 12%, no mínimo, do montante de impostos recolhidos; 3) os Municípios, no mínimo, 15% de sua receita com impostos.



Administração dos Recursos: os recursos da Saúde devem ser administrados em um “Fundo de Saúde”, sob responsabilidade do Secretário de Saúde, que deve ser o único ordenador de despesas. No Fundo Municipal de Saúde, devem estar depositados todos os recursos do SUS (transferências da União e do Estado e os recursos próprios municipais) e não necessariamente em uma conta única. Nenhum recurso da Saúde pode ser administrado em outra conta da Prefeitura. Além disso, não podem estar fora de aplicações financeiras quando não estiverem sendo utilizados.

Transparência: o Conselho Municipal de Saúde tem obrigação constitucional de acompanhar e fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde. Porém, nenhum conselho poderá cumprir este preceito se o secretário de Saúde não garantir as condições adequadas. O gestor deve dar publicidades às contas do Fundo, de modo a garantir a participação dos conselheiros e cidadão. Esta obrigatoriedade deve se concretizar principalmente nas prestações de contas quadrimestrais ao Conselho de Saúde e em audiência pública na Câmara Municipal. Anualmente deve ser elaborado o RAG, único instrumento de prestação de contas, parte do processo de planejamento que deve ser submetido ao CNS, e ter enviada a resolução do CMS a CIR.

Regulamentação

- Constituição Federal;
- Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012;
- Lei Complementar 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal);
- Lei Orgânica dos Municípios e outras Leis Municipais;
- Lei nº 8689/97;
- Decreto nº 1232/94;
- Decreto 7508 de 2011;
- Decreto nº 1651;
- Portarias e Resoluções do governo estadual, que digam respeito ao financiamento do SUS;
- Portaria GM-MS nº 1097 – 22 de maio de 2006 – PPI da Assistência à saúde (será alterada pela PGASS quando esta for pactuada);
 - Portaria GM-MS nº 3.085 – 1 de dezembro de 2006 – Regulamenta Sistema de Planejamento do SUS;
 - Portaria GM-MS nº 3.332 – 28 de dezembro de 2006 – Planejamento e o Relatório de Gestão;
 - Portaria GM-MS nº 204 – 29 de janeiro de 2007 – Regulamenta os Blocos de Financiamento;
 - Portaria GM-MS nº 1.497 – 22 de junho de 2007 – Operacionalização dos Blocos Financiamento.

Fique sabendo:

Ministério da Saúde – www.saude.gov.br (link “Legislação”).

Conasems – www.conasems.org.br

Conass – www.conass.org.br



Para saber mais:

Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de contabilidade aplicada ao setor público: aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios / Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional. – 5. ed. – Brasília: 2013.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Manual técnico de orçamento MTO. Versão 2013. Brasília, 2012.

MENDES, Áquilas. Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995–2001). [tese de doutorado]. Campinas/SP: Instituto de Economia. Universidade Estadual de Campinas; 422p (2005).

Brasil. A cumplicidade entre orçamento e planejamento in Tempos Radicais da Saúde: a construção do SUS na maior cidade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2003.

Brasil. Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec. 2012.

Carvalho G. Financiamento Federal para a saúde – 1988-2001. São José dos Campos; 2002.

Carvalho GI de, Santos L. Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90): Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 2001.

Para reflexão

1. Qual a participação orçamentária real do seu município no financiamento da saúde local?
2. Qual o seu papel como ordenador de despesa?
3. Como você pretende melhorar estas duas questões?

8



A REGIONALIZAÇÃO, REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E PLANEJAMENTO REGIONAL.

A regionalização da saúde presente na Constituição Federal de 1988 como princípio organizativo, pressupõe a mobilização e participação ativa de todos os gestores envolvidos. Com o Pacto pela Saúde 2006, aprimorado pela regulamentação da Lei 8080 de 1990 por meio do Decreto Presidencial 7508 de 2011, bem como pela Lei Federal 12.466 de 24 de agosto de 2011 e Lei Complementar 141 de 16 de janeiro de 2012, a organização do processo de descentralização através da regionalização ganha novos contornos ao estabelecer o pressuposto de gestão compartilhada da rede de atenção para sua efetivação. O planejamento em saúde como instrumento de tomada de decisão e organizador da ação pelos gestores do SUS e de integração entre sistemas municipais de saúde nas regiões ganha assim centralidade no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A pouca presença do planejamento nos processos de tomada de decisão sinaliza a necessidade de superação de obstáculos de aplicação metodológica, de maior contextualização de seu uso, de maior abrangência de modelos explicativos de causalidades dos problemas de saúde e de incorporação de conteúdos comunicativos capazes de alavancar mudanças.

Não obstante a característica essencialmente normativa do planejamento em saúde, a construção regionalizada de políticas de saúde e com ação integrada entre entes federados autônomos, traz um novo desafio, e talvez, uma oportunidade para o aperfeiçoamento dos processos de planejamento. Já não se trata apenas de planejamento de um ente federado, mas de compartilhamento de estratégias, de ações combinadas e de concatenação de esforços entre entes autônomos.

O planejamento regional integrado pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento considerando as especificidades do território para além dos limites territoriais do município; as necessidades de saúde da população, que sempre serão expressas nos municípios, nunca no estado ou na nação; a definição de prioridades, diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados e definidas pelos conselhos municipais de saúde; a conformação, modelagem e organização das redes de atenção à saúde, contribuindo para melhoria da qualidade da resposta do SUS e impactando na condição de saúde da população.

Focando nas regiões de saúde, é fundamental no processo de planejamento regional integrado, verificar: a direcionalidade (prioridades), a governabilidade (capacidade de obtenção de consensos sobre as estratégias ou sua fraqueza diante da não obtenção, que origina a demanda a outra esfera pela decisão) e a responsabilização (petição e prestação de contas – a ser atribuída no COAP).

Desafios do planejamento regional no SUS na perspectiva de construção das RAS

A organização do SUS, com responsabilidades exclusivas de cada ente federado e outras necessariamente compartilhadas por serem comuns aos entes, requer integração de projetos e recursos entre atores distintos, busca de consensos no

processo de tomada de decisão, concatenação e coordenação de políticas e sistemas.

Os princípios fundamentais que orientam a coordenação e gerenciamento do trabalho em redes podem ser assim enunciados: ausência de hierarquia, interdependência entre os participantes, construção de consensos para que todos compartilhem dos objetivos comuns e do papel singular que lhes cabe na construção coletiva.

Na tese 2008-2012 do CONASEMS, são apontadas dificuldades vivenciadas pelos gestores municipais do SUS, na perspectiva de construção do sistema de saúde. Muitas dizem respeito à fragilidade dos processos de planejamento (respostas ao como fazer e condições para fazer), sendo muito mais às condições para fazer do que ao como fazer. Entre elas, destaca-se:

- O desenho institucional das organizações públicas com sua organização burocrática, pequeno compartilhamento de projetos, enfoque nos meios e controle de procedimentos e meios de fazer saúde;
- O predomínio de “arenas redistributivas de recursos financeiros” nos fóruns intergestores;
- A fraca articulação em rede, com a inexistência de organização e métodos para gestão em rede;
 - Os importantes déficits de comunicação e o pouco desenvolvimento da cultura de uso da informação sistematizada para decisão;
- A incipiência nos municípios, regiões e estados do Sistema Nacional de Planejamento do SUS, regulamentado apenas após o pacto pela saúde em 2006;
- A agenda da participação social burocratizada e não organizada regionalmente; e,
- O pequeno envolvimento dos chefes do poder executivo e representantes do poder legislativo na formulação e avaliação das políticas de saúde.

As dificuldades acima estão determinadas por limitações estruturais do próprio SUS, como o subfinanciamento e as dificuldades de gestão do estado brasileiro, por inadequação do direito administrativo brasileiro a uma política baseada nos direitos humanos como é o SUS, por razões culturais e até mesmo pela segmentação desse aparelho de estado dentro das políticas de saúde e também em outras políticas setoriais.

Documento aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite em novembro de 2011 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011), que trata das Diretrizes para conformação do Mapa da Saúde (instrumento de análise situacional) e processo de Planejamento da Saúde (item “2.a” da pauta da CIT de 24 de novembro de 2011), reafirma:

[...] a centralidade do planejamento na construção do SUS e o afirma como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvido de forma permanente, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

O documento tripartite, em sua introdução, aponta a necessidade de:

[...] fomento à cultura de planejamento da saúde; de definição de organização e método para o processo de planejamento da saúde integrado; de reordenamento dos instrumentos de planejamento e gestão, atualmente vigentes; e de reformulação do processo de programação das ações e serviços de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

e apresenta como pressupostos:

- O planejamento no âmbito do SUS é desenvolvido de forma contínua e permanente, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo.
- A elaboração dos Planos de Saúde Nacional, Estadual e Municipal observa as diretrizes nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde e ocorre mediante processo que possibilita a interação entre as esferas de governo, contemplando momentos de diálogo entre os entes e escuta das realidades e demandas municipais, regionais e estaduais.
- Os Planos de Saúde orientam a elaboração dos instrumentos de planejamento do governo em cada esfera de gestão, quais sejam: Plano Plurianual e Lei Orçamentária Anual.
- As necessidades de saúde da população são base para o planejamento e identificadas por meio de critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, culturais, cobertura de serviços, entre outros, como também, levando em consideração a escuta das comunidades.
- As necessidades de saúde orientam a decisão dos gestores quanto às intervenções prioritárias no território, expressas na definição de diretrizes, objetivos e metas da saúde; a Programação Anual de Saúde, nesta contemplada a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, e a conformação das redes de atenção à saúde.
- O planejamento da saúde integrado implica na discussão permanente da política de saúde e sua execução nas Comissões Intergestores – CIT, CIB e CIR. Parte do reconhecimento da região de saúde como território para a identificação das necessidades de saúde da população, a coordenação interfederativa, a organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção e para a alocação dos recursos de custeio e investimentos.

- Os produtos resultantes do processo de planejamento integrado da saúde, realizado no âmbito da região de saúde, compõem o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) e expressam as prioridades, diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a região, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados e a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, incluindo nesta as ações de vigilância em saúde e a assistência farmacêutica, constantes da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).
- A participação social é elemento essencial à interação entre o Estado e o cidadão e deve ser observada no processo de planejamento, inclusive em âmbito regional. Os Planos de Saúde devem ser aprovados nos Conselhos de Saúde e os COAPs encaminhados a estes para acompanhamento de sua execução. Os Planos de Saúde devem comunicar à sociedade a direcionalidade a ser conferida ao sistema de saúde, portanto deve possuir linguagem direta e objetiva.
- As Comissões Intergestoras devem adotar uma organização para o processo de planejamento por meio de Câmara Técnica ou Grupo de Trabalho (GT) permanente e optar por uma metodologia que seja o mais aderente possível à dinâmica de funcionamento da Comissão, e permita o monitoramento e avaliação do plano.

O documento em sua parte final estabelece que a

(...) produção resultante do planejamento integrado da saúde, realizado em âmbito regional, materializa os compromissos de cada ente da gestão no espaço da região de saúde e integra o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP. Isso significa dizer que a identificação das necessidades de saúde, a definição de diretrizes, objetivos e metas para a região, bem como a programação geral das ações e serviços de saúde compõem o COAP. Nesse sentido, o processo de planejamento integrado, desenvolvido no âmbito das regiões de saúde, é determinante para a organização das ações e serviços de saúde na região, contribuindo para a conformação das redes de atenção à saúde.

Em conformidade com o disposto no Decreto 7.508, o planejamento da saúde em âmbito estadual será realizado de maneira regionalizada, observando as necessidades de saúde suscitadas nos municípios que compõem a região de saúde. Dessa forma, os planos estaduais de saúde expressarão o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, o desenho das redes de atenção à saúde, bem como as diretrizes estabelecidas para as regiões, dialogando com o processo de planejamento integrado da saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Em junho de 2012, pela Carta de Maceió (CONASEMS, 2012) aprovada em seu XXVIII Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e IX Congresso Brasileiro de Cultura de Paz e Não Violência, no período de 11 a 14 de junho de 2012, na cidade de Maceió, Alagoas, o CONASEMS propõe a seguinte agenda política para todos os 26 COSEMS e todas as secretarias municipais de saúde do Brasil em relação à regionalização:

- Fortalecer a cogestão regional do sistema de saúde, rompendo o caráter excessivamente normativo do planejamento, possibilitando consequência e efetividade ao planejamento ascendente e investindo na autonomia e capacidade de decisão das CIR – Comissões Intergestores Regionais;

- Reafirmar a direção única sobre prestadores em cada esfera de governo como um princípio inegociável no SUS e pré-condição para a governança regional da rede de atenção à saúde;

- Pactuar uma política de financiamento equitativo que assegure o desenvolvimento de ações e serviços de saúde com base nas especificidades regionais, contribuindo com a redução das iniquidades no país;

- Fortalecer o processo de consolidação do SUS, institucionalizado pela Lei 12.466 e Decreto 7508, que aprimora o Pacto Pela Saúde na consolidação das relações federativas, financiamento tripartite e solidário na execução das políticas de saúde, rejeitando toda forma de competição entre entes federados pela prestação de serviços de saúde e disputa de recursos federais para a assistência a saúde;

- Viabilizar estratégias de fortalecimento político, técnico e financeiro dos COSEMS para atuação nos espaços das Comissões Intergestores Bipartite e Regional.

Em novembro de 2012, o Ministério da Saúde, em conjunto com o CONASEMS e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) promoveram uma oficina de trabalho nacional sobre Planejamento Regional Integrado, visando debater o tema e levantar subsídios para uma ação de cooperação entre os entes federados. O Relatório da Oficina reafirma a centralidade do planejamento regional: *“Ao considerar as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para garantia da integralidade na atenção à saúde da população, o estabelecimento de um processo de planejamento nos moldes preconizados, será um facilitador da sua governança”*.

O documento apresenta os desafios para o planejamento regional integrado, centrando na interface entre os instrumentos do planejamento, a governança regional e a contratualização entre os entes federados, bem como no levantamento de subsídios norteadores para a modelagem do processo de planejamento regional integrado, na perspectiva de construção de uma agenda.

Destaca-se a necessidade de estabelecer mecanismos de responsabilização no planejamento regional e de participação do controle social; a necessidade de construção tripartite dos instrumentos que darão sustentação ao Planejamento Regional Integrado (PRI), cabendo ao MS a disponibilização de ferramentas que auxiliem a construção dos mesmos nas Regiões de Saúde; a necessidade de ajustes nos atuais instrumentos do Sistema Nacional de Planejamento do SUS (Plano de Saúde e sua programação Anual e Relatório de Gestão) para interface com o planejamento

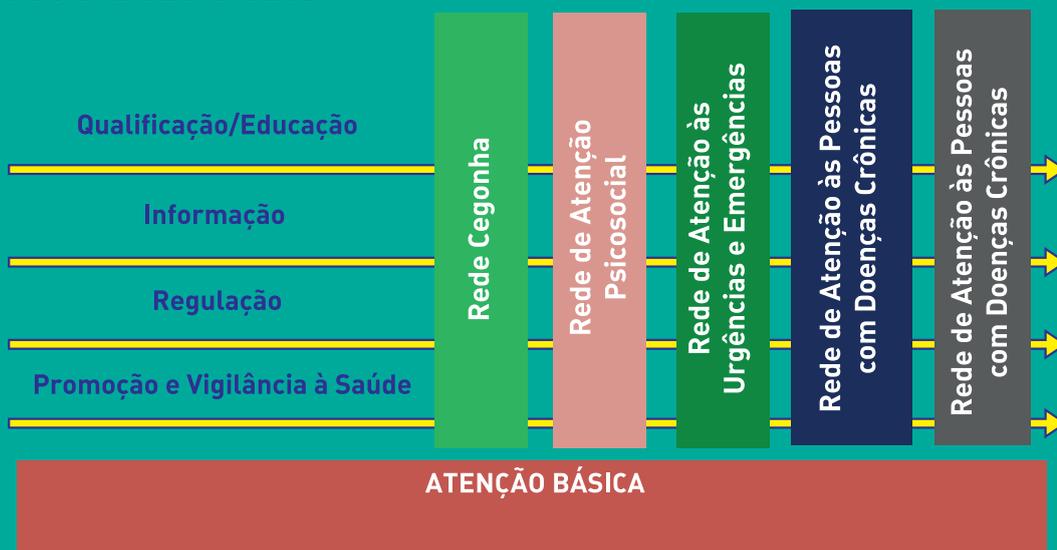
e Serviços de Saúde, em desenvolvimento conceitual e metodológico (PGASS), para atender ao disposto no art. 6º do Decreto 7.508/2011 quanto a alocação de recursos do SUS de forma regionalizada; a necessidade de estratégias permanentes (educação permanente) para funcionamento do planejamento regional integrado, além de outras questões que constituem a agenda inconclusa do SUS.

Aspectos da agenda atual de consolidação das redes de atenção à saúde no SUS

A partir do início de 2011, o tema das RAS passou a ocupar o centro da política de atenção à saúde do SUS, conforme a Portaria GM 4.279 de 31 de dezembro de 2010 que formaliza o Documento de Referência “Diretrizes para a Organização das RAS no âmbito do SUS”.

Com base nessas diretrizes, a atual política de atenção à saúde propõe estruturar as RAS em cada território definindo das regiões de saúde, a partir da pactuação em cada Estado pelo conjunto dos municípios. Nestes territórios progressivamente se vão pactuando as chamadas redes temáticas. O diagrama a seguir ilustra o processo:

FIGURA DAS RAS



(Revista da SAS/MS-Brasília/DF/2012)

As redes temáticas pactuadas foram:

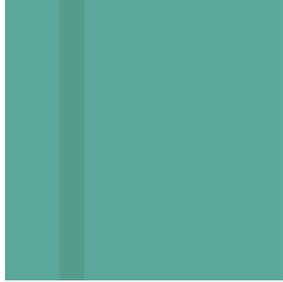
1- Rede de Urgência e Emergência (RUE): rede proposta a partir da articulação das várias iniciativas como a expansão do SAMU, das UPAS – Unidades de Pronto Atendimento e a ampliação de leitos de terapia intensiva. Os componentes propostos, todos com tipologias bem definidas, parametrização pactuada e: Promoção e Prevenção, atenção à demanda espontânea nas unidades básicas de saúde, as UPAs e outros serviços de pronto-atendimento 24 horas, o SAMU 192, as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência (com destaque para o Programa SOS Emergências) e a exigência da implantação do acolhimento universal com classificação de risco, as enfermarias de retaguarda de clínica médica e de terapia intensiva (com financiamento diferenciado e ancorado em metas de produção e qualidade), a atenção domiciliar (Programa Melhor em Casa) e a inovação tecnológica das linhas de cuidado especiais do Acidente Vascular Cerebral, Infarto Agudo do Miocárdio e do Trauma. E com todos estes pontos de atenção coordenados pelas Centrais de Regulação que passaram a ser propostas, assim como os novos SAMU, em caráter regional.

2- Rede Cegonha: prioriza as ações da atenção obstétrica e neonatal e amplia o cuidado concentrado e qualificado das crianças até os dois anos de idade. Ganhou o reforço de outra iniciativa governamental de ação intersetorial para as famílias carentes com crianças de zero a cinco anos, com o nome de BRASIL CARINHOSO, que tem os componentes da saúde ancorados no controle da anemia ferropriva, da deficiência de Vitamina A, na expansão do tratamento da asma brônquica, além da estimulação precoce das crianças. Os princípios a serem buscados são a garantia de acolhimento com classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria do pré-natal, com novos dispositivos e recursos; a garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; a garantia das boas práticas e segurança do Parto e Nascimento; garantia de atenção ao puerpério e às crianças até os dois anos e a garantia de acesso ao planejamento reprodutivo, incluindo a contracepção de emergência. O esforço de financiamento de investimentos e custeio passou a ser na ambiência das maternidades, a construção de novas maternidades em vazios assistenciais, a construção dos Centros de Parto Normal, intra e peri-hospitalar, das Casas da Gestante e Bebê e a ampliação dos leitos de terapia intensiva adultos e neonatais, além das Unidades de Cuidado Intermediário (UCI).

3- Rede de Atenção Psicossocial: como parte da saúde do programa governamental intersetorial mais amplo que a saúde denominado Crack, é Possível Vencer, foram pactuados a ampliação dos CAPS Álcool e Droga 24 horas – CAPS AD III, a criação de uma nova estrutura, as Unidades de Acolhimento – UAs adulto e infantil, os consultórios na rua, os leitos especializados de álcool e drogas em hospitais gerais e a parceria de vagas em Comunidades Terapêuticas reguladas pela rede de saúde mental. Foram feitos processos de adesão voluntária por Estados de acordo com a incidência da dependência e, posteriormente, aos municípios com mais de 200 mil habitantes, sendo facultada também a elaboração de planos estaduais globais.

4- Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência: esta rede compõe o programa governamental intersetorial mais amplo que a saúde denominado Viver Sem Limite. Propõe uma nova tipologia de serviços, o CER – Centro Especializado em Reabilitação, com a articulação do cuidado com as pessoas com deficiência física, intelectual, visual e auditiva, a partir de estruturas já existentes ou novas estruturas a serem financiadas com investimento e custeio federal. Outros pontos de atenção são as Oficinas Ortopédicas, os Centros Dia de cuidados, os serviços de atenção odontológica especializados (CEOs) e a atenção domiciliar e hospitalar, além das ações de prevenção com a expansão do teste do pezinho e de qualificação do pré-natal, além de programa de qualificação das equipes básicas multiprofissionais, incrementados pela universalização dos NASF – Núcleos de Apoio a Saúde da Família, dentro da nova Política de Atenção Básica.

5- Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas: as diversas linhas de cuidado estabelecidas foram a rede de cuidados de prevenção e controle do câncer, as doenças renocardiovasculares e as respiratórias. As ações de promoção da saúde e prevenção destes agravos e condições crônicas já estavam previstos no Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas. A intensificação da rede de câncer foi iniciada por uma série de medidas de prevenção e controle, com diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres de mama e de colo de útero, transformadas em prioridade nacional. Foi estabelecido um novo sistema de informação do câncer – SISCAN – com vistas inclusive ao monitoramento do prazo máximo entre o diagnóstico e tratamento do câncer, agora estabelecido por Lei Federal em 60 dias. Além disto, o sistema permitirá ajudar a diagnosticar precisamente os vazios assistenciais, incluindo aquisição de aceleradores lineares para a radioterapia. Outro ponto é a redefinição do papel dos CACONs e ampliação dos hospitais e serviços de atenção, com um papel das equipes de atenção básica no diagnóstico precoce e no monitoramento dos pacientes.



Para a implantação das RAS foi estabelecido em cada estado, um grupo condutor estadual com as secretarias estaduais e os COSEMS – com participação facilitadora de apoiadores institucionais do Ministério da Saúde. Este grupo articula o diagnóstico regional, define as prioridades de implantação e formula um Plano de Ação Regional – PAR – que é aprovado no MS e transformado em Portaria que autoriza a transferência de recursos de investimentos e custeio regular para os serviços que compõem a rede temática nas diversas regiões e estados.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Planejamento do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 2011. [Acesso em 2013 abril 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_nov2011.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite. Metas e Indicadores para composição da Parte II do COAP [Internet]. Brasília; 2012. [Acesso em 2013 abril 15]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_marco12.pdf.

Brêtas Júnior N. Planejamento Regional Compartilhado no SUS: Estudo de Caso em Minas Gerais. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, 2013.

Cecílio LCO. Organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec, 1997.

CONASEMS. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Carta de Maceió [Internet]. Brasília; 2012. [Acesso em 2013 abril 15]. Disponível em <http://www.conasems.org.br/site/index.php/comunicacao/ultimas-noticias/2373-carta-de-maceio>.



SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SUS

Para entender:

As informações estão sempre presentes nas nossas vidas e participam de diversas decisões do nosso cotidiano. Sem nenhuma dificuldade, poderíamos listar uma infinidade de situações do dia a dia onde as informações são utilizadas para orientar a tomada de decisões. Por exemplo: como estão as condições climáticas para decidir sobre que tipo de roupa vestir; quais são as condições da estrada para decidir sobre uma viagem etc. (FERREIRA, 1971).

O processo de gestão do setor saúde exige a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social. Assim, trabalhar com as informações se coloca como uma questão central no cotidiano da gestão. É a partir delas que o gestor poderá qualificar seu conhecimento sobre a realidade sanitária e subsidiar um processo de planejamento para enfrentamento dos problemas prioritários, orientando a formulação de estratégias de ação, bem como o monitoramento e avaliação dos resultados esperados.

Conforme a Lei 8080 de 1990, todo município deve alimentar regularmente os Sistemas Nacionais de Informação em Saúde – disponíveis no site www.datasus.gov.br – e manter os cadastros atualizados. Para produzir informações não contempladas pelos sistemas nacionais, o gestor ou implementa sistemas informatizados na rede de atenção à saúde ou pode elaborar mecanismos próprios de coleta de dados, como questionários, análises de prontuários, dentre outros.

Para a gestão em saúde, os sistemas de informação considerados básicos podem ser divididos em áreas relacionadas com:

- Assistência e produção de serviços de saúde;
- Cadastramentos;
- Eventos vitais;
- Vigilância em saúde; e
- Orçamentos.

Passo-a-passo:

Todos os dados referentes aos Sistemas Nacionais de Informações em Saúde podem ser consultados no endereço www.datasus.gov.br.

Entretanto, merece destacar que o grande desafio não é somente ter acesso às informações (o SUS reconhecidamente conta com um dos maiores acervos de dados/informações em saúde do mundo), mas coloca-se também na capacidade da gestão para analisar essas informações e efetivamente utilizá-las na tomada de decisões.

Assim, para obter uma análise mais detalhada dessas informações, é necessário que a Secretaria Municipal de Saúde estruture uma área de informação em saúde que possa, regularmente, alimentar com informações (devidamente analisadas) os processos de tomada de decisões.



Para tanto, pode-se contar com ferramentas para processar essas análises como os aplicativos “TABWIN” e “TABNET”, disponíveis na página do DATASUS na Internet.

A seguir, identificamos alguns dos principais sistemas nacionais de informação que devem receber dados coletados na rede municipal de saúde.

Assistência e Produção de Serviços:

- SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais;
- SIH – Sistema de Informações Hospitalares;
- SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica (relativo à Estratégia de Saúde da Família) – sendo substituído até 2014 pelo e-sus AB;
- SISPRENATAL – Sistema de Informações do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, atualmente sendo substituído por versão web (SISPRENATALWEB);
- SISCAN – Sistema de Informação do Câncer;
- SISRCA (em desenvolvimento) – Sistema de Informação de Regulação, Controle e Avaliação.

Cadastramentos:

- CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde;
- Cartão SUS – Cadastro Nacional de Usuários do SUS.

Vigilância em Saúde:

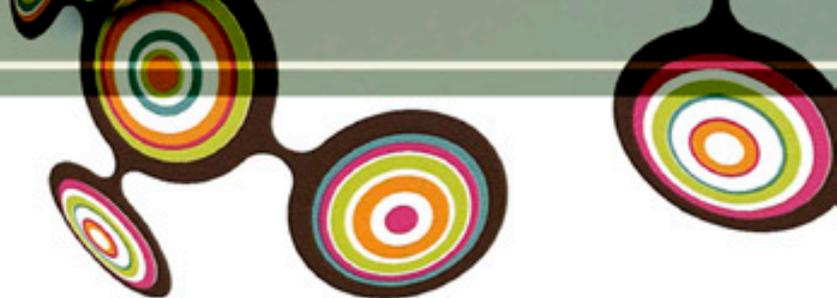
- SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações;
- SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação.

Eventos vitais (informações partem dos estabelecimentos de saúde para cartórios de registro civil):

- SIM – Sistema de Informações de Mortalidade;
- SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.

Orçamentos e Execução Financeira:

- SIOPS – Sistema de Orçamentos Públicos em Saúde;
- SARGSUS – Sistema de apoio à elaboração dos Relatórios Anual de Gestão.



Regulamentação:

Existe uma extensa lista de atos normativos que definem as regras referentes aos sistemas nacionais de informação em saúde, várias delas em processo de revisão, com destaque para aquelas relacionadas ao Cartão SUS. Ao acessar os sistemas através do DATASUS é possível conhecer mais detalhadamente essa regulamentação.

Fique sabendo:

- <http://cnes.datasus.gov.br>
- <http://cartaonet.datasus.gov.br>
- <http://siops.datasus.gov.br>
- <http://sigtap.datasus.gov.br> (acesso à tabela unificada de procedimentos; digite usuário "publico" e senha "público")

Para saber mais:

Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. Serie A. Normas e Manuais.

Técnicos. Ministério da Saúde, 2006.

Para reflexão:

1. Qual a importância da informação em saúde no seu município? Ela está presente no processo de tomada de decisões?
2. Como você pretende organizar esta área?

DECRETO 7508 E O CORP



00

O Decreto 7.508 veio cumprir o papel de regulamentar a Lei 8.080/90, vinte e um anos após sua publicação, de forma a preencher uma lacuna do arcabouço normativo do Sistema Único de Saúde (SUS).

O papel de um decreto no ordenamento jurídico não é de inovação, mas de explicação e explicitação daquilo que está na lei, de modo que ele não trouxe propriamente novidades, mas certamente alguns avanços.

Um primeiro avanço do Decreto 7508 foi explicitar e/ou consolidar alguns conceitos e institutos já existentes nos SUS, tais como as “Regiões de Saúde”, as “Redes de Atenção à Saúde”, o “Mapa da Saúde”, “Planejamento” e “Comissões Intergestores”, muitos dos quais já estavam previstos em Portarias do Ministério da Saúde e no Pacto pela Saúde, mas que agora constam de um Decreto Presidencial.

Assim, o Decreto coloca o processo de regionalização no centro da agenda do Sistema Único de Saúde, pois parte da premissa de que as regiões de saúde são elemento essencial na organização do SUS, pois esta se dará de forma regionalizada e hierarquizada, conforme preconiza a Constituição Federal.

Ele também reforça o protagonismo das relações interfederativas para o SUS, consagrando as Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR), como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.

Além disso, o Decreto 7508 detalha o que vem a ser o Mapa de Saúde, um instrumento que deve ser o retrato fiel de como está o SUS em uma determinada região, apontando todos os recursos de saúde nela existentes: profissionais, estabelecimentos, equipamentos, serviços, etc.

Outra definição que ele traz é a de Portas de Entrada do sistema, que são aqueles serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS e que, segundo seu artigo 9º, são os serviços: I – de atenção primária; II – de atenção de urgência e emergência; III - de atenção psicossocial; e IV - especiais de acesso aberto.

O Decreto ainda conceitua a Rede de Atenção à Saúde, nos seguintes termos: o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

Outro ponto que merece destaque é a reafirmação pelo Decreto 7.508 de que o processo de planejamento da saúde será ascendente. Nos termos do artigo 15, ele será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Percebe-se, desse modo, que o principal objetivo do Decreto, é a organização do Sistema Único de Saúde, com a finalidade de consolidá-lo e aprimorar a sua gestão, reconhecendo que esse sistema é peculiar na medida em que seu bom funcionamento pressupõe regionalização, hierarquização e relacionamento interfederativo permanente.

Nesse sentido deve ser reconhecida a importância do Decreto 7508 na consolidação do processo de amadurecimento do SUS, considerando-o um aprimoramento do Pacto pela Saúde. Na perspectiva normativa, esse amadurecimento pode ser visto pela reunião em um único diploma jurídico de conceitos e institutos antes previstos em portarias diversas.

Além da consolidação de conceitos e institutos já existentes, o Decreto também trouxe algumas novidades, que não existiam no SUS antes do Decreto, embora decorram da regulamentação da Lei 8.080. São elas: o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), a Relação Nacional de Serviços de Saúde (RENASES) e a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).

O Contrato Organizativo de Ação Pública é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma região. Por meio dele são definidas as responsabilidades dos entes federados, os indicadores e metas de saúde que orientarão as ações desses entes, bem como os recursos financeiros que serão disponibilizados para a implementação integrada das ações e serviços de saúde na região, entre outros elementos.

Assim, o COAP possibilita uma clara definição das atribuições e responsabilidades da União, estados e municípios em uma região de saúde, tanto no tocante à execução de ações e serviços de saúde, quanto no tocante ao financiamento.

Já a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde (Art. 21).

Por fim, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Essas duas Relações Nacionais servirão de base para a elaboração dos Contratos Organizados, pois elas determinam um rol mínimo de ações e serviços de saúde, bem como de medicamentos, que deverá ser ofertado em cada região e, conseqüentemente, em todo o país.

Considerando, sobretudo esses três últimos instrumentos, pode-se afirmar que o Decreto 7.508 visa à transparência da estrutura organizativa do SUS com a finalidade de garantir maior segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para que o cidadão possa, de fato, conhecer, em detalhes, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde, em suas redes assistenciais.



Legislação

- Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011;
- Resolução CIT nº 1, de 29 de setembro de 2011 - Estabelece as diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Resolução CIT nº 1, de 17 de janeiro de 2012 - Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Resolução CIT nº 2, de 17 de janeiro de 2012 - Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Resolução CIT nº 3, de 30 de janeiro de 2012 - Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Resolução CIT nº 4, de 19 de julho de 2012 - Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP);
- Portaria nº 533, de 28 de março de 2012 - Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 841, de 2 de maio de 2012 - Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências.

Outras Informações:

Resoluções da CIT disponíveis em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38924

Para reflexão:

Qual a agenda para implementação do COAP em sua região.



00

LEI
COMPLEMENTAR

141

Apresentação

A Lei Complementar 141 é uma lei de âmbito nacional, aplicável a todas as esferas de governo e foi elaborada com intuito de regulamentar a Emenda Constitucional 29. Foi publicada em 13 de janeiro de 2012 e dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; além de revogar dispositivos das Leis nos 8.080/90 e 8.689/93.

O teor da Lei Complementar já estava sendo aplicado por meio de outros instrumentos (Constituição Federal, Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, Lei 8080/90, Portarias Ministeriais, etc.). Contudo, sua publicação trouxe novidades quanto às regras, prazos e obrigações.

O projeto de lei de regulamentação da Emenda Constitucional 29, tramitou no Congresso Nacional durante anos, no entanto sua aprovação não elevou os gastos federais no SUS com a não inclusão do percentual mínimo de gastos da União a serem aplicados na saúde.

Das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde

A definição de ações e serviços públicos de saúde já estava bem clara na própria Constituição Federal e na Lei 8080/90 e posteriormente na Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, entretanto, a partir da publicação da referida Lei foi determinado efetivamente quais são as despesas que podem ser consideradas ações e serviços de saúde.

As despesas com ações e serviços de saúde devem ser aquelas voltadas para promoção, prevenção e recuperação da saúde, presentes nos respectivos Planos de Saúde, de responsabilidade específica, obedecendo aos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde - SUS.

São consideradas despesas com ações e serviços de saúde aquelas previstas no artigo 3º da Lei Complementar, conforme quadro abaixo.

A lei também especifica em seu artigo 4º, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, aqueles gastos que não são considerados como despesas com ações e serviços públicos de saúde.

As vedações apresentadas no quadro abaixo demonstram a preocupação do legislador de excluir aquelas despesas, que embora possam contribuir para a melhoria da saúde da população, não entram no âmbito de aplicação do mínimo constitucional, tais como meio ambiente, merenda escolar e bolsa família.

LEI COMPLEMENTAR 141/2012	
SÃO AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (art. 3º)	NÃO SÃO AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (art. 4º)
Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária	Ações de assistência social
Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais	Merenda escolar e outros programas de alimentação , ainda que executados em unidades do SUS
Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)	Assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal
Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS	
Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos	
Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar	Saneamento básico , inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade

<p>Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos</p>	<p>Limpeza urbana e remoção de resíduos</p>
<p>Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças</p>	<p>Preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais</p>
<p>Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde</p>	<p>Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde</p>
<p>Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais</p>	<p>Pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde e de pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área</p>
<p>Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde</p>	
<p>Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde</p>	

Aplicação de Recursos em Ações e Serviços de Saúde

Mínimos Constitucionais

A instituição dos valores mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente com ações e serviços de saúde pelas 03 esferas de governo levou em conta os seguintes percentuais:

Vale destacar que, os municípios deverão observar o que está disposto em suas respectivas Leis Orgânicas sempre que os percentuais forem superiores ao mínimo fixado pela Lei Complementar.

Quadro 1 – Percentual Mínimo de Aplicação da EC 29

Municípios	15%
Estados	12%
União	Montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da Lei Orçamentária Anual.

Do Repasse e Aplicação dos Recursos

A apuração dos valores municipais a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, dar-se-á nos seguintes moldes:

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

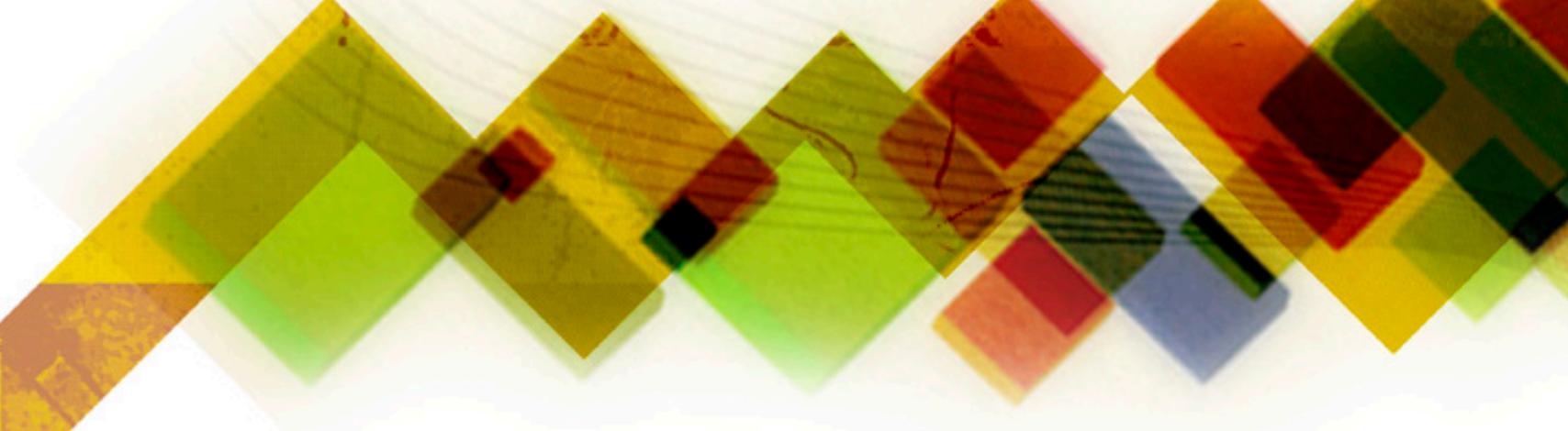
Total das receitas de impostos municipais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS; ▪ Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU; ▪ Imposto sobre a transmissão de bens imóveis – ITBI.
(+) Receitas de transferências da União:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM; ▪ Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural - ITR; ▪ Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir).
(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF	
(+) Receitas de transferências do Estado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Quota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS; ▪ Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA; ▪ Quota-Parte do Imposto sobre produtos industrializados - IPI – Exportação.
(+) Outras Receitas Correntes:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.
= BASE DE CALCULO MUNICIPAL	

Despesas consideradas como aplicadas em ações e serviços de saúde:

- Despesas liquidadas e pagas no exercício;
- Despesas empenhadas e não liquidadas; inscritas em restos a pagar até o limite da disponibilidade de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo Municipal de Saúde.

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

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



No caso de descumprimento de aplicação do mínimo constitucional o município poderá ter suas transferências bloqueadas até o limite do débito.

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

Fundo de Saúde

Os Fundos são instrumentos de gestão financeira, que podem estar inseridos nos fins de uma entidade de Administração Direta ou Indireta, por meio do qual se afetam recursos a finalidades específicas.

Os recursos dos Fundos de Saúde não podem ser destinados à outra atividade que não seja à área da saúde. O parágrafo único do artigo 2º da Lei 141 define que os recursos para financiamento das ações e serviços de saúde deverão ser movimentados por meio dos respectivos Fundos de Saúde. Entretanto, aqueles recursos que se destinarem às unidades vinculadas às secretarias de saúde, como autarquias e fundações, deverão ser repassados diretamente a estas entidades.

O Fundo de Saúde deverá ser instituído por lei e constituído em uma unidade orçamentária e gestora dos recursos repassados. A Lei Complementar nº 141 prevê que a União e os Estados poderão restringir repasses de recursos nos casos em que o Fundo Municipal de Saúde não estiver em funcionamento.

Fique Sabendo

Unidade gestora: é a unidade orçamentária ou administrativa investida do poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sobre descentralização.

Unidade orçamentária: é um segmento da administração direta a que o orçamento consigna dotações específicas para a realização de seus programas de trabalho e sobre os quais exerce o poder de disposição.

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

Apesar de não dispor de personalidade jurídica, o Fundo de Saúde deve ter CNPJ matriz, conforme Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil (nº 1005/2010). (TOLEDO JR. 2012).



A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos. (Artigo 21)

Dos critérios de rateio dos recursos da União

O rateio dos recursos da União, amparado no artigo 35 da Lei 8080 e recepcionados pela LC 141 em seu artigo 17, deverá ser feito observando as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde com vistas à progressiva redução das disparidades regionais.

A metodologia para o cálculo dos recursos que serão repassados para cada Município e Estado será definida pelo Ministério da Saúde após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde. E a partir dessa metodologia deverá ser publicado anualmente pelo Ministério da Saúde os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

O Ministério também deverá manter os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre esse montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Dos critérios de rateio dos recursos dos Estados

De forma muito semelhante ao que foi estabelecido para os recursos da União, o rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais.

A metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios serão pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em Comissão Intergestores Bipartite, aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde e deverão estar explicitados nos Planos Estaduais de Saúde.

As Secretarias Estaduais de Saúde manterão o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.

Transferências de recursos

As transferências destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

A União e os Estados poderão restringir repasses de recursos nos casos em que o município não tiver plano de saúde e conselho e fundo municipais de saúde instituídos e em funcionamento.

Condicionamento, suspensão e restabelecimento das transferências de recursos

No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores.

Os procedimentos de condicionamento, suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais a serem adotados caso os recursos mínimos não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente foram regulamentados pelo Decreto 7.827/12.

Segundo o Decreto, é também considerado descumprimento (presumido) de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde a ausência de homologação das informações no SIOPS no prazo de até trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício.

Verificado o descumprimento ou presumido ele por conta da não homologação das informações no SIOPS, a União condicionará as transferências constitucionais, entre elas os Fundos de Participação dos Municípios (FPM) e os Fundos de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE) e suspenderá as transferências voluntárias.

O condicionamento das transferências constitucionais ocorrerá por meio de medida preliminar de direcionamento das transferências constitucionais para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário. O direcionamento corresponderá ao montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior.

O direcionamento será encerrado caso comprovado o depósito na conta vinculada ao Fundo de Saúde da integralidade do montante necessário ao cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior, sem prejuízo do cumprimento do limite relativo ao exercício financeiro corrente.

Se, no entanto, adotada a medida preliminar, o ente federativo não comprovar no SIOPS, no prazo de doze meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, as transferências constitucionais serão suspensas.

Haverá também suspensão das transferências constitucionais quando, realizado o condicionamento pela ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrer o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática que o sistema emitirá para os gestores. Nessa situação também serão suspensas as transferências voluntárias.

As transferências constitucionais e as transferências voluntárias da União serão restabelecidas quando o ente federativo beneficiário comprovar a aplicação efetiva do adicional relativo ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

Essa comprovação se dará por meio de demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO).

O restabelecimento das transferências suspensas em decorrência da ausência de informações homologadas no SIOPS ocorrerá com a homologação das informações no sistema.

Planejamento na saúde

Os instrumentos de planejamento orçamentário (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual) deverão ser elaborados de forma a atender o disposto na Lei Complementar.

Fique Sabendo:

O Plano Plurianual (PPA) estabelece os projetos e os programas de longa duração da administração pública, definindo objetivos e metas da ação pública para um período de quatro anos.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) orienta a elaboração e execução do orçamento anual e trata de vários outros temas, como alterações tributárias, gastos com pessoal, política fiscal e transferências de recursos.

A Lei Orçamentária Anual (LOA) estima as receitas que o governo espera arrecadar durante o ano e fixa os gastos a serem realizados com tais recursos.

A compatibilidade entre o que se pretende desenvolver na saúde e os instrumentos de planejamento ocorrem por meio do desenvolvimento de um processo de planejamento e orçamento de forma ascendente, levando em conta as necessidades de saúde da população, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, além das prioridades estabelecidas pelo conselho de saúde.

Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão os planos e metas estaduais, com a finalidade de promover a equidade inter-regional, e os planos e metas estaduais irão compor a base para o plano e metas nacionais, promovendo então a equidade interestadual.

Da Transparencia, Visibilidade, Fiscalização, Avaliação e Controle.

Escrituração e Consolidação Prestação de contas

Os Municípios deverão dar ampla divulgação das prestações de contas da área da saúde para consulta e apreciação da população.

A prestação de contas deverá conter minimamente:

- o Comprovação do cumprimento de aplicação dos mínimos constitucionais;
- o Apresentação do Relatório de Gestão do SUS;
- o Ata do Conselho de Saúde contendo avaliação da gestão local do SUS.

Os gestores também deverão manter registro contábil relativo às despesas com ações e serviços de saúde, promovendo a consolidação das contas por órgãos e entidades de administração direta e indireta.

A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e por meio da realização de audiências públicas durante os processos de elaboração e discussão do plano de saúde.

Relatório de Gestão

Os Gestores deverão elaborar relatório de gestão detalhado do quadrimestre anterior – Relatório Quadrimestral –, contendo o percentual aplicado em saúde no período, número de auditorias realizadas, oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando os indicadores de saúde da população envolvida.

Os relatórios serão apresentados nos meses de maio, setembro e fevereiro de cada ano, pelo gestor municipal, em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores, e encaminhados ao Conselho Municipal de Saúde.

O Modelo de apresentação do citado Relatório será aquele aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, a ser publicado em Portaria Ministerial. A estrutura do Relatório Quadrimestral irá manter similaridade com a do Relatório Anual de Gestão - RAG.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) deverá ser encaminhado ao conselho de saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento das normas estatuídas pela Lei Complementar 141.

Fiscalização e Controle

A fiscalização do cumprimento da Lei Complementar será feita pelo Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, pelo sistema de auditoria do SUS, órgãos de controle interno e Conselho de Saúde de cada ente da Federação, com ênfase no que diz respeito:

- I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de Diretrizes Orçamentárias;
- III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
- IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Para fins de subsidiar a realização de ações de controle e fiscalização, os municípios disponibilizarão aos respectivos tribunais de contas informações sobre o cumprimento dos dispositivos da Lei Complementar.

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos dos Municípios, Estados, Distrito Federal e União.

Por meio de seu preenchimento será feito o cálculo automático dos recursos aplicados em ações e serviços de saúde. Fique atento aos prazos de entrega da declaração sobre receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde no SIOPS. As diretrizes para o funcionamento do SIOPS os prazos fixados para registro e homologação de informações estão disciplinados na Portaria MS/GM nº 53 de 16 de janeiro de 2013.

Fique Sabendo

O preenchimento do sistema é obrigatório e tem fé pública, deverá ser realizado bimestralmente, obedecendo ao calendário de apresentação do Relatório Resumido de Execuções Orçamentárias – RREO conforme previsão constitucional.

Portanto, verifica-se que o SIOPS fornece informações financeiras mais abrangentes que auxiliam o gestor na tomada de decisão e também fortalecem a transparência da gestão dos recursos públicos.

Cooperação Técnica-Financeira da União

A Lei Complementar também estabelece a previsão de cooperação técnica e financeira pela União junto aos Estados e Municípios no tocante a organização e modernização dos Fundos de Saúde.

Educação Permanente para Conselheiros de Saúde

No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS também disponibilizará capacitação aos respectivos conselheiros de saúde, priorizando aqueles representantes de usuários e dos trabalhadores, para qualificar suas ações no controle social.

Responsabilização

A Lei Complementar traz em seu bojo o artigo 46 que especifica as legislações que serão aplicadas ao gestor caso ele descumpra o disposto na Lei Complementar 141. O gestor poderá responder penal, administrativa ou civilmente, por crime de responsabilidade e/ou por ato de improbidade administrativa, se não cumprir os mandamentos constantes da lei.

PRAZOS E PROVIDÊNCIAS ESTABELECIDOS PELA LC 141

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

PRAZOS	PROVIDÊNCIAS
30 DE JANEIRO	Preenchimento do SIOPS anual referente exercício anterior
30 DE JANEIRO	Preenchimento do SIOPS referente ao 6º bimestre do exercício anterior
28 DE FEVEREIRO	Apresentação do RELATÓRIO QUADRIMESTRAL no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores referente ao Terceiro Quadrimestre do Exercício Anterior
30 DE MARÇO	Envio do RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO ao Conselho de Saúde
30 MARÇO	Preenchimento do SIOPS referente ao 1º bimestre
15 ABRIL	Entrega do Projeto de LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS na Câmara de Vereadores
30 DE MAIO	Apresentação do RELATÓRIO QUADRIMESTRAL no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores referente ao Primeiro Quadrimestre do Exercício
30 DE MAIO	Preenchimento do SIOPS referente ao 2º bimestre
JUNHO Encerramento do Primeiro Período da Sessão Legislativa	Sanção do Chefe do Poder Executivo da LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS
30 DE JULHO	Preenchimento do SIOPS referente ao 3º bimestre

30 AGOSTO	Entrega do Projeto de Lei do PLANO PLURIANUAL - PPA na Câmara de Vereadores
30 de AGOSTO	Entrega do Projeto de LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL na Câmara de Vereadores
30 DE SETEMBRO	Apresentação do RELATÓRIO QUADRIMESTRAL no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores referente ao Primeiro Quadrimestre do Exercício
30 DE SETEMBRO	Preenchimento do SIOPS referente ao 4º bimestre
30 DE NOVEMBRO	Preenchimento do SIOPS referente ao 5º bimestre
DEZEMBRO Encerramento da sessão legislativa	Sanção do Chefe do Poder Executivo do PLANO PLURIANUAL - PPA
DEZEMBRO	Sanção do Chefe do Poder Executivo da LEI

Referências Bibliográficas:

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm

Brasil. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 53, de 16 de Janeiro de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0053_16_01_2013.html

Santos, Lenir – SUS e a Lei Complementar 141 comentada. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

Silva, F B Gilberto e Silva, Mauro - A Lei Complementar nº 141/2012 e o gestor público da saúde – Rio de Janeiro, RJ; COSEMS RJ – 2012 - Disponível em: http://www.cosemsrj.org.br/images/publicacao_juridica_cosemsrj_baixa.pdf

Carvalho, Gilson – Comentários a Lei Complementar 141 – Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/material%20noticias/analise_Gilson_Carvalho_lei_emenda_29.pdf



12

MODELO DE
GESTÃO E
GERENCIAMENTO
DE SERVIÇOS

Para entender:

Há uma discussão sobre o modelo de gestão para o Sistema Único de Saúde que permeia as situações focadas entre administração pública e a privatização fundamentada na terceirização das estruturas de saúde conforme sua complexidade e organização do acesso dentro da rede de atenção do município.

Essa discussão está fortalecida pela exigência burocrática e rígida na execução orçamentária, por uma administração de pessoal emperrada nos processos legais de concursos e nomeações, e porque o município ainda enfrenta forte interferência político-partidária como fatores que desfavorecem o processo organizacional da gestão.

Alternativas Encontradas:

- 1- Autarquias e Fundações – delegação da gestão a entidades civis privadas visando facilitar a gestão financeira e de contratação de pessoal.
- 2- OSCIPs – com legislação própria, com caráter de ente privado sem fins lucrativos, com base em metas contratualizadas, com o gestor atuando como regulador.

Todas as formas pensadas tem limites gerenciais e de gestão em sua conformação. Em todas as formas, os contextos político, econômico e cultural interferem no desempenho dos serviços pela forte tendência tecno-gerencial estabelecida (CAMPOS, 2007). Os desafios se apresentam na busca de novos arranjos administrativos com caracterização sistêmica consolidada sobre um novo modelo de gestão e suas formas de administrar uma área tão complexa.

Importante lembrar que os governos locais tornaram-se essenciais na provisão de serviços de saúde e que os três níveis de governo configuram a estrutura institucional democrática e marcada pelo federalismo, exigindo maior comprometimento dos gestores sobre os resultados mais eficazes dos serviços de saúde, compreendendo uma regulação eficiente sobre os prestadores públicos e privados, contando com a participação efetiva da população na definição das ações de saúde.

Segundo Nelson Rodrigues (2007) são sete os eixos em torno dos quais devam ser agregadas questões estratégicas da Gestão do SUS:

- 1- Implementação concomitante e articulada dos princípios e diretrizes constitucionais da universalidade, integralidade, igualdade, descentralização, regionalização e participação social.
- 2- Modelos de atenção com base nas necessidades e direitos da população.
- 3- Modelos de gestão com base nas necessidades e direitos da população.
- 4- Desenvolvimento de recursos humanos, de relações de trabalho, de educação permanente, com base nas necessidades e direitos da população.
- 5- Relações público-privado, com clareza dos papéis de cada um, da convivência e da parceria.
- 6- Financiamento.
- 7- Participação social.

O Que é Necessário para Desenvolver Novos Modelos de Gestão no SUS:

- A institucionalização do processo de planejamento;
- A adoção de normas e protocolos;
- O desenvolvimento da flexibilidade e inteligência organizacional com a constituição de espaços colegiados de gestão e adoção de sistema de petição e prestação de contas;
 - Regulação do sistema, do acesso e da oferta de serviços e seus resultados;
 - Acompanhamento e avaliação permanente por meio de metas e Indicadores;
 - Desenvolver mecanismos de comunicação interna e externa e processos de motivação de equipes e usuários... Enfim, desenvolver a autonomia necessária para ser gestor exige uma política que não é de governo e sim de estado.

Qualquer que seja a opção é importante lembrar que não é possível outorgar a responsabilidade do gestor Municipal a outro ente, ou seja, a gestão é da Secretaria Municipal de Saúde e seu titular sempre será o responsável pelo cumprimento da Constituição. Quando falamos de Gestão do SUS, estamos falando das responsabilidades na Gestão, indelegáveis a formas de administração.

É bem distinto o “Estar Gestor” compromisso assumido de forma pontual – político ou técnico ou mesmo com uma área de governo do “Ser Gestor” que exige compartilhar um Projeto com competência política, capacidade técnica e sustentabilidade.

Passo-a-passo:

Trata-se de um debate complexo que requer aprofundamento antes de qualquer tomada de decisão, já que as mudanças na forma de gestão terão, inevitavelmente, profundas implicações políticas, técnicas, assistenciais, jurídicas e financeiras.

Várias modalidades de gestão (muitas vezes em combinação) têm sido implementadas em áreas específicas da gestão da Saúde, por municípios e estados, entre as quais se destacam:

- Administração direta – Gestores que adotam essa forma de gestão buscam maior grau de autonomia administrativa e financeira, por meio do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

- Empresas públicas – Voltam-se à exploração de atividades econômicas e prestam serviços ao público exclusivos do Estado (tarifados), sendo, portanto, inadequadas à execução de serviços públicos gratuitos, como os prestados pelo SUS.

- Autarquias – Pessoas jurídicas de direito público com capacidade exclusivamente administrativa para realizar atividades públicas. Integram a administração indireta, têm orçamentos públicos próprios e estão sujeitas aos princípios e regras do serviço público. Contam com patrimônio próprio, bens indisponíveis, têm maior autonomia do que a administração direta, desfrutando das mesmas vantagens tributárias.

Estão sujeitas à Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e ao teto salarial. São apropriadas à execução de atividades típicas de Estado, tais como normatização, fomento, fiscalização, exercício do poder de polícia. Proporcionam maior capacidade de gestão, mas seriam, ainda, insuficientes para a gestão de hospitais, por exemplo.

- Fundações públicas de direito público – Formadas a partir de patrimônio ao qual se atribui uma personalidade jurídica, com determinada finalidade social. Após a Constituição de 1988, passaram a ser consideradas “fundações autárquicas ou autarquias fundacionais”, com as mesmas vantagens e limitações que as autarquias.

- Fundação estatal de direito privado – Modelo recente e promissor vem sendo instituído por gestores estaduais e municipais. Goza de maior autonomia e flexibilidade, porque sua estrutura é de direito privado; é regido pelo Código Civil e usa os mesmos regramentos das empresas públicas. Por meio de um contrato de gestão, fixa metas, compromissos e resultados. Em troca, tem ampla autonomia gerencial, orçamentária, patrimonial e financeira. A receita desse modelo de

fundação é a do contrato, sendo vedada a não-universalizante. Pode fazer compras de bens e serviços, com regimes especiais para licitação pública e o regime financeiro é o da contabilidade das empresas estatais (Lei 6.404). Pessoal contratado pela CLT, sem estabilidade; mas o acesso se dá por concurso público. Tem Plano de Carreiras e Salários, dissídios, gestão do trabalho e reajustes por critérios próprios, com limite e regra estabelecida na lei ou estatuto.

A LRF só se aplica se receber subvenção governamental, já que o orçamento é flexível (precificação) e não está vinculada ao orçamento público. O momento tramita no Congresso Nacional sua regulamentação, o que não tem impedido prefeituras e governos estaduais de implantá-las, por meio de legislação estadual e municipal. Situa-se no âmbito da administração pública indireta.

- Organizações sociais – Criadas a partir da Reforma Bresser/FHC, são entidades privadas, qualificadas livremente pelo titular do órgão regulador ou supervisor. Atuam em diversas áreas e relacionam-se com o poder público mediante contrato de gestão. Não têm fins lucrativos e devem atender aos requisitos da lei, para serem qualificadas.

Essa qualificação é livre e não depende de nenhum processo público de seleção. A Lei Federal tem sido utilizada como modelo para leis estaduais e municipais. Algumas, como as OSS do Governo de São Paulo diferem por só poderem executar novos serviços.

Enfrentam questionamentos jurídicos, ainda não definitivamente solucionados. Não integram a administração pública, ainda que executem serviços públicos com recursos, pessoal e bens públicos. Têm sido utilizadas pelos gestores municipais e estaduais com frequência.

Na prática, entretanto, apresentam problemas administrativos e de custos. (Uma dificuldade é que relutam em aceitar regulação do gestor do SUS e tendem a fazer seleção de demanda).

- Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) – Modelo de entidade privada sem fins lucrativos que pode ser qualificada e habilitada a firmar termo de parceria com o poder público. Não pode ser sociedade comercial, organização social, entidade religiosa, cooperativa etc., nem declaradas como de utilidade pública ou beneficentes (filantrópicas). Pode selar parcerias restritas ao desenvolvimento de programas e projetos (mediante termo de parceria). Não pode substituir o poder público na realização de atividades ou serviços públicos. Atua em cooperação com o poder público; não pode, por exemplo, executar serviços de assistência hospitalar; apenas ser parceira no desenvolvimento de algum projeto ou programa específico.

Para saber mais:

AZEVEDO, Eurico de Andrade – Organizações Sociais. Disponível em <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista5/5rev6.htm>

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Fundação Estatal Saúde da Família: proposta para debate. 2ª. Versão. Salvador: SESAB, 2007. Disponível em <http://www.saude.ba.gov.br>

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Secretaria de Gestão Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos; Perguntas e Respostas; Brasília: MP, 2007. REVISTA SP. Gov. Versão Eletrônica. Por que organizações sociais na Saúde, São Paulo. Disponível em: <http://www.revista.fundap.sp.gov.br/revista2/paginas/parceria.htm>

Campos, Gastão Wagner de Sousa, Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? - Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):301-306, 2007

MARTINS, P.H. Qual a diferença entre Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público? Disponível em:

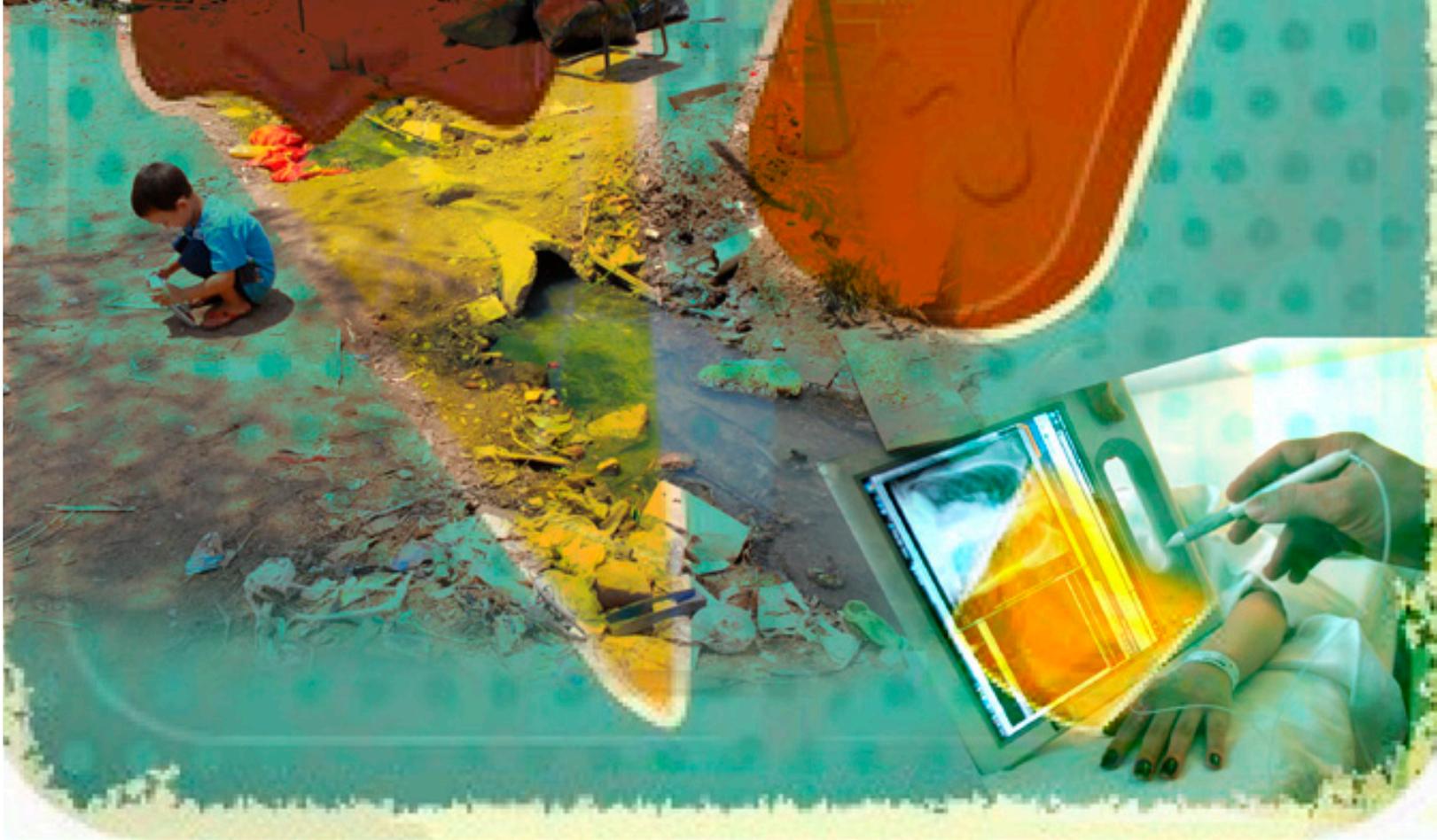
http://www.rits.org.br/legislacao_teste/lg_testes/lg_tmes_out99.cfm

SANTOS, L. Da Reforma do Estado à Reforma da Gestão Hospitalar Federal: algumas considerações. Campinas, 2006. Disponível em www.idisa.com.br

Santos, Nelson Rodrigues dos, Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos – Revista Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):429-435, 2007

Para reflexão

1. Qual o modelo de gestão em sua Secretaria Municipal de Saúde e qual o grau de autonomia de sua instituição?
2. Quais as formas de administração que seu município tem atualmente com os prestadores de serviço em saúde?
3. Quais os problemas destas formas de administração e como você os enfrentará em sua administração?



MODELO DE
ATENÇÃO À SAÚDE

03

Para entender:

Modelo de atenção é a forma como se organizam os recursos humanos, tecnológicos e materiais no enfrentamento dos riscos e atenção às necessidades de saúde da comunidade, proporcionando promoção, prevenção, proteção, assistência e recuperação de forma integral.

Devem-se priorizar as ações de prevenção e promoção, de forma a se antecipar aos eventos que causam danos à população, a direcionar a atenção à saúde para responder a prevalência dos problemas de saúde e a superar a dicotomia entre assistência médica e prevenção/proteção comuns aos modelos de atenção nos quais o relacionamento com o paciente se dá por meio da “queixa conduta”.

O CONASEMS orienta aos gestores municipais que façam a opção pela organização do modelo de atenção preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. A Estratégia de organização do sistema através da Saúde da Família tem se mostrado mais eficiente para responder as necessidades locais de um modelo de atenção. A partir desta estratégia organizada, a construção das linhas de cuidados regionalizadas, hierarquizadas e reguladas a partir da atenção básica e constituintes da Rede de Atenção à Saúde, permite organizar institucionalmente as respostas do sistema de saúde às necessidades da população, melhorar os serviços, definir fluxos e referências, e aumentar a resolutividade do sistema. É a única forma de responder de forma socialmente organizada aos problemas e necessidades de saúde da população.

Para isso, é preciso superar de vez a relação de programação de oferta substituindo-a pela programação das respostas às necessidades da população.

Passar da lógica da oferta de procedimentos à lógica do cuidado. Deve-se levar em conta, ainda, a economia de escala dos serviços em relação à sua qualidade sem deixar de considerar o nível de acesso dos cidadãos.

Neste momento da construção do SUS, os municípios são chamados a participar da formulação das linhas de cuidados expressas na rede de atenção à saúde. A formalização das responsabilidades interfederativas nos pontos de assistência e sua programação deverão ser inseridas no Contrato Organizativo das Ações Públicas de Saúde. Este instrumento jurídico deverá ser assinado pelos três entes da federação. Não assine sem que ele reflita o planejado de forma ascendente desde as ações básicas de saúde de seu município e reflita a real necessidade de saúde de seus municípios, mas não deixe de assinar. O COAP é um avanço na construção da cidadania na saúde.





Portanto, a construção do modelo de atenção, deve ser discutido a partir do território local, na sua célula organizativa do sistema de saúde que é a unidade básica, de forma integrada com todos os setores da saúde, com a comunidade participando e com os trabalhadores, até a formalização do plano de saúde e de seus desdobramentos operacionais. Resista a tentação de alguns pesquisadores e gestores da federação que gostam de oferecer um parâmetro para a formulação da programação, tipo os “inampianos”. Quem determina esta programação é a realidade local e seus condicionantes e determinantes de saúde, que fazem de cada local diferente, mormente nas diferentes e diversas regiões nacionais. Parâmetros são para um processo de planejamento descendente, que exclui a realidade local e favorece distorções na oferta de serviços. Foram muito importantes em um momento da construção do sistema nacional de saúde e o são no processo de avaliação, mas não de programação. O Planejamento regional deverá ser pautado pela realidade regional e não pelos serviços instituídos. Os serviços é que devem se adequar a necessidade de saúde da população e não o contrário. Em outros termos, haverá sempre modificações a serem feitas nos serviços de referência para que estes sejam de fato partícipes resolutivos da rede de atenção à saúde. Pode requerer investimento, mudanças estruturais e capacitação durante anos, até que se consiga adequar estas necessidades e iniquidades regionais. Aí os papéis do estado e do ministério passam a ser preponderantes.

Passo-a-passo:

Na implantação ou implementação de um modelo é importante considerar os níveis de atenção à saúde, definidos pelo SUS – Atenção Básica e Atenção Especializada – tendo em vista o porte e a capacidade da rede instalada, além dos recursos financeiros disponíveis. Fazer atenção básica é mais complexo do que fazer atenção especializada.

Fazer atenção básica é caro e são poucos os profissionais formados para isto no país. O estado brasileiro ainda deve este compromisso com a sua população. É sempre bom lembrar que pelo artigo 30 da Constituição em seu inciso VII a responsabilidade da atenção é do município, mas a de apoio técnico e financeiro é do Estado e da União.

Mobilize-se junto ao COSEMS e ao legislativo estadual para ampliar a participação do estado na construção da Estratégia da Saúde da Família. Os custos municipais estão acima dos possíveis para o município.

As ações e os serviços da Atenção Básica devem estar amplamente distribuídos em todo o território, de modo a atingir a toda a população e cumprindo seu protagonismo na promoção da saúde municipal. Além disso, só a atenção básica é capaz de fazer prevenção e promoção da saúde primária, secundária e terciária. A atenção básica só poderá ser estruturante do sistema se for universal no seu município, na região e no país.

Já a atenção especializada compõe um amplo espectro de serviços com diferentes graus de especialização e modalidades de atendimento, cuja instalação deve ser muito bem avaliada pelo gestor, pois demandam recursos altos e podem se tornar ociosos, além do que, em várias áreas, o volume de pacientes é fator decisivo da qualidade no atendimento prestado por vários profissionais de saúde.



Em muitos casos, é mais interessante satisfazer estas demandas em municípios da mesma Região de Saúde, por meio de pactuações na Comissão Intergestores Regional. Acima de tudo, a rede municipal de atenção à Saúde deve construir um nexos com o mapa da saúde e plano de saúde, evidências de gestão, técnicos e epidemiológicos, além de critérios que incluam economia de escala, qualidade, nível de acesso e, ainda, as dimensões, social, política e cultural do município.

Para saber mais:

1. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA; <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>; BRASIL.
2. BUENO, W.S. & MERHY, E.E. "Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes?" Campinas, Unicamp, [mimeo] 1997.
3. CAMPOS, G.W.S.; MEHRY, E.E. & NUNES, E.D. "Planejamento sem normas". São Paulo, Hucitec, 1989.
4. MENDES, E.V. "Uma agenda para a Saúde". São Paulo, Ed. Hucitec, (2ed) 1999.
5. MERHY, E.E. & ONOKO, R (orgs.) "Agir em saúde: um desafio para o público como política". São Paulo, Hucitec, 1997.
6. MERHY, E.E. "O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano". São Paulo. Hucitec, 2003.
7. REIS, A.A.C. "Cartas sanitárias: Um Instrumento para o Processo de Planejamento Participativo e de Gestão Estratégica de Serviços Básicos de Saúde". [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas – Unicamp], 2001.
8. Silva, Silvío Fernandes. Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA : CONASEMS; 2008.
9. A ATENÇÃO BÁSICA QUE QUEREMOS; <http://www.conasems.org.br/site/index.php/area-de-arquivos/view.download/5/243>; CONASEMS; BRASILIA 2011.

Para Reflexão:

1. Reflita sobre o modelo de atenção à saúde de seu município.
2. Quais as diferenças deste modelo com o proposto pelo SUS?
3. Como você pretende trabalhar em sua gestão para enfrentar estas diferenças?

A

B



ATENÇÃO
BÁSICA

04

Para Entender:

A Atenção Básica como a principal porta de entrada do sistema e responsável por coordenar o cuidado, deve ser muito bem pensada e estruturada e se constitui na principal responsabilidade de todo e qualquer município. Uma Atenção Básica organizada, qualificada e resolutiva possibilita ser a ordenadora do cuidado na rede de saúde, garantindo acesso aos demais pontos de atenção e possibilitando a integralidade do cuidado.

Para sua organização devemos desenvolver um planejamento ascendente participativo, envolvendo os trabalhadores, gestores e a comunidade, identificando as necessidades de saúde, as possíveis vulnerabilidades e riscos, sempre buscando uma maior interação com as famílias, grupos sociais e com a comunidade, aumentando com isso seu poder de pertencimento e vínculo. Este planejamento deve ser um processo permanente e integrado com as demais áreas do sistema municipal de saúde, como a vigilância em saúde, as especialidades, laboratórios e assistência hospitalar se tiver no município. Todos tem alguma responsabilidade sobre o território da equipe de saúde da família ou da Unidade Básica de Saúde. Cabe discutir o papel de cada serviço neste planejamento, organização e processo de trabalho, a partir da realidade do território.

A partir de um diagnóstico situacional, podemos adequar o modelo de atenção e de gestão que melhor responda as demandas de saúde, desenvolvendo ações voltadas aos grupos mais vulneráveis, a promoção de hábitos de vida saudáveis, ao reconhecimento e enfrentamento dos fatores de riscos para os indivíduos e para a coletividade, as ações de prevenções específicas, ao atendimento às demandas espontâneas, às intercorrências clínicas e aos casos agudos, além do encaminhamento dos casos oportunos à atenção especializada formalizada por linhas de cuidado e o acolhimento da contrarreferência, se necessário adequando os horários de atendimento das unidades, responsabilizando-se por esses processos por meio da regulação.

A Atenção Básica constitui a primeira ação de regulação sobre o sistema de saúde, a programação das ações especializadas tem que ser elaboradas em função das necessidades da porta de entrada e das linhas de cuidado adotadas, isto é o que conhecemos como Atenção Básica estruturante. Isso implica na adoção de protocolos de gestão, protocolos de atenção e clínicos, que levem em consideração o risco e a vulnerabilidade, capazes de organizar o processo de atenção à Saúde. Portanto significa muito mais que organizar a rede básica ou as equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, em compartimentos estanques. A organização do sistema a partir da atenção básica de forma a dar unicidade e direcionalidade às demandas locais.

Considerando que a Atenção Básica tem que resolver a maioria dos problemas de saúde no seu território de atuação, ela deve ter uma boa estrutura e compatível com o enfrentamento dos problemas que ela pretende resolver, que dê condições de trabalho aos profissionais, que garanta em tempo oportuno os exames laboratoriais e complementares, como também, o acesso aos medicamentos.

São pressupostos de uma atenção básica qualificada:

- Territorialização – Definição clara da área de abrangência do atendimento de cada equipe de SF ou da UBS; reconhecimento das áreas descobertas e de grupos populacionais com maiores dependências do SUS, o que pode representar um importante passo no diagnóstico da Saúde local, orientando na definição das prioridades de investimentos.

- Equipes adequadas – A composição das equipes de AB deve adequar-se às características da população adscrita, assim como aos problemas de saúde a serem enfrentados. É necessário diferenciar, por exemplo, áreas com maior concentração populacional ou áreas rurais com baixa densidade populacional e difícil acesso. O gestor deve, ainda, avaliar o estágio em que se encontra a implantação e desenvolvimento da estratégia de saúde da família, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde, considerando que o trabalho integrado em equipes é condição essencial para a efetivação de ações educativas e de promoção da saúde da população.

- Longitudinalidade – garantir uma estabilidade da equipe de forma a fomentar o vínculo com a comunidade de abrangência ao longo do tempo.

- Educação Permanente – Devem ser adotadas estratégias educacionais de forma contínua que possibilite a produção do conhecimento no cotidiano das unidades, com isso aumentando o empoderamento dos profissionais e ao mesmo tempo a resolubilidade das unidades. Para isso temos que instituir espaços locais de participação e troca entre os profissionais, como também podemos utilizar diversas ferramentas disponíveis como a tele saúde ou até mesmo através das instituições de ensino.

- Planejamento - Como não existem territórios iguais, é difícil imaginar dois territórios com AB iguais. As necessidades de saúde, os agravos, os objetos de vigilâncias, as necessidades de estrutura funcional dos trabalhadores, o meio ambiente, a estrutura socioeconômica, a cultura, as dificuldades e as oportunidades, as fraquezas e as fortalezas são características próprias de cada região. Estas características são objetos da promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde e que devem ser expressas no projeto de intervenção da AB. Os problemas de saúde são mensuráveis a partir da participação da comunidade de abrangência daquela unidade. O processo de trabalho de cada equipe de atenção básica deve ser revisto a partir das necessidades, determinantes e condicionalidades da saúde no seu território de abrangência. O melhor é que este processo de trabalho seja apoiado institucionalmente e readequado em reuniões no mínimo quinzenais da



equipe, lendo os relatórios do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) ou do sistema que vier a substituí-lo, e os dados setorizados elaborados pela vigilância em saúde. Incluímos na vigilância em saúde as áreas: epidemiológica incluindo a AIDS, sanitária, ambiental, zoonoses, controle de vetores e principalmente a saúde do trabalhador. A realidade do território determina o que deve ser prioritário e a discussão deve determinar o que será de responsabilidade da equipe de atenção básica, o processo de trabalho necessário e a sua qualificação para esta missão. Nas áreas onde o Crack é um problema de saúde pública, considere a necessidade de incluir a saúde mental como apoiadora do processo de trabalho da equipe de atenção básica. A história de cada serviço deve ser respeitada e as suas deficiências enfrentadas com apoio, inclusive pela educação permanente. Trata-se, portanto de uma integração sem a desresponsabilização de setores que devem assumir a corresponsabilidade pela qualificação da atenção básica.

Reuniões frequentes com a comunidade nos faz considerar a percepção de problemas de saúde que a comunidade expressa, em alguns locais esta organização se expressa através de conselho gestor da unidade. Não necessariamente este conselho precisa estar instituído para que esta participação ocorra. O gestor que consegue esta interlocução desenvolve uma experiência de boa sustentabilidade política para a administração municipal. Lembre-se que o conjunto dos trabalhadores da unidade também deve ter a oportunidade de expressar estas necessidades sentidas.

O planejamento municipal é um processo contínuo e permanente que se inicia na unidade de saúde. Pensar no planejamento como um único momento (e determinado) é não considerar a possibilidade de transformação de seus projetos de intervenção ou não realizar avaliações do desempenho das ações planejadas ou em outros termos é considerar o plano algo meramente burocrático, exigido por normas do SUS. O Gestor que assim o faz tem pouca chance de alterar o futuro da saúde local. A gestão deve ser pautada pela agenda alterada permanentemente por um modelo de gestão que estrategicamente considere o acompanhamento, avaliação da situação de saúde e das demandas sociais, potencializando a sua capacidade de alterar uma situação de fato.

- Rede de Atenção – Quanto mais resolutiva for a Atenção Básica menor a demanda para outros pontos de atenção na rede. Podemos observar, em regiões onde a Atenção Básica não está estruturada, uma sobrecarga nas unidades de urgência e nos hospitais. Isso reforça a importância de fortalecimento da AB como precursora no processo de planejamento regional e na operacionalização da integralidade que será garantida na rede de atenção. A integralidade neste caso se expressa na ponderação simultânea das características da região, durante o processo de elaboração do projeto de intervenção por todos os atores que podem alterar estas características e suas singularidades. Isto deve caracterizar o processo permanente de planejamento.



Entre as dimensões conceituais da integralidade está a necessidade da continuidade da assistência a partir da Atenção Básica de Saúde (ABS). Além da dimensão horizontal da integralidade, qual seja o desenvolvimento das ações práticas na assistência que incorporem os saberes de prevenção, proteção, cura e reabilitação, resultando na formulação de um projeto terapêutico holístico e cidadão, é preciso formatar as linhas de cuidado. A adoção de linhas de cuidado deve sempre se basear na prevalência dos problemas de saúde e na complexidade inerente às mudanças necessárias ao processo de trabalho/produção desse cuidado. Linhas de cuidado não são determinadas por ato normativo, mas adotadas por permanente análise e avaliação dos processos de produção da saúde, no estado, no município, nas unidades, nas equipes. Nestas linhas (necessárias) se acham os serviços para uma assistência de diferentes tecnologias incorporadas, capazes e suficientes para a resolução da demanda expressa pela singularidade do sujeito individual ou coletivo. A operação prática de todas estas linhas de cuidado e seus serviços estruturam a rede de serviços.

- Integralidade das ações - Tudo começa na unidade, que deveria conter a representação de todas as áreas de proteção, prevenção, promoção e assistencial. Esta representação pode ser matricial, com a abrangência possível no município. Em outros termos, não há a necessidade de se ter um especialista de cada área da assistência em todas as unidades de saúde. Entretanto, é importante a participação destes, conforme a disponibilidade e organização do município, durante a reflexão da situação de saúde. Um projeto de intervenção só está completo com a participação de todas estas áreas e da comunidade, em sua construção, em cada unidade que elabora seu plano local de intervenção que devem ser baseados nos agravos e problemas de saúde da região.

Passo-A-Passo:

A Atenção Básica no SUS é usualmente estruturada por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF) ou de Unidades Básicas de Saúde ditas tradicionais (UBS), em ambos os casos pode-se optar por algumas modalidades de inserção dos profissionais médicos generalista ou especialistas, com diferença de financiamento repassado pelo ente federal, respeitando a equivalência de cada modalidade, como também a equipe transitória, respeitando algumas condicionalidades estipulada pela PORTARIA Nº 2.488. Outras modalidades são Equipes de Saúde da Família Fluvial (ESFF) e Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) que são alternativas de arranjos organizacionais para atender as especificidades locais e regionais deste Brasil continental.

Depois da territorialização ou divisão do município em áreas de acordo com os critérios determinados pela Portaria 2488, e o estabelecimento das equipes em conformidade com os regulamentos nacionais, restará então a qualificação destes profissionais de atenção básica, o que pode se dar a partir de apoio institucional como os descritos abaixo:

- Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF foram criados para dar apoio matricial, no intuito de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade. Devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde. Eles podem ser organizados em duas modalidades NASF tipo I e NASF tipo II.
- Programa Saúde na Escola (PSE)- É uma ação intersetorial da saúde e da educação onde a Atenção Básica juntamente com as escolas oportuniza o espaço escolar para trabalhar junto aos alunos, práticas de promoção da saúde, hábitos saudáveis, prevenção e proteção à vida, construindo cultura de paz e não violência. Instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 e Portaria nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 que estabelece critérios para adesão ao programa.
- Atenção Domiciliar – É uma iniciativa de promover a desospitalização com uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, com garantia do cuidado continuado no domicílio integrada a rede de atenção, principalmente na prevenção, promoção da saúde, tratamento e reabilitação, tudo isso no conforto do seu lar e com menor do risco de infecção hospitalar.
- Academia da Saúde – É uma estratégia que possibilita a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Com o aumento da expectativa de vida do brasileiro esperamos um aumento das doenças crônicas, para isso temos que organizar o sistema, respondendo a essas necessidades, principalmente no fortalecimento da vigilância em saúde, promoção da saúde e na prevenção de doenças e adoção de hábitos saudáveis; uma das alternativas é a implantação das academias da saúde, definidas em 3 (três) modalidades de Polos de Academia da Saúde sendo uma das alternativas adotadas com vista a construção de espaços físicos que incentive as atividades físicas, lazer e modo de vida saudáveis.
- Consultórios na Rua - É uma equipe de Atenção Básica itinerante, com integração intersetorial entre as políticas de saúde e as demais políticas públicas, visando responder as necessidades, vulnerabilidades e demandas da população em situação de rua, com vista a ampliar o acesso destes usuários a rede de atenção à saúde, organizadas em três modalidades de equipe.
- Programa de Requalificação das Unidades Básica de Saúde – Disponibiliza recursos na modalidade fundo a fundo para estruturação das Unidades de Saúde da Família, composta por três componentes: construção, reforma e ampliação definidos em portarias específicas.
- PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade) - Recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade, que possibilita até dobrar o recurso das Unidades Básicas de Saúde, dependendo do desempenho de cada equipe.

Responsabilidades Legais

O SUS está em um acelerado processo de reestruturação normativa determinada pelos Decretos 7508/de 2011, 7827/de 2012 e pela Lei Complementar 141 que regulamenta a emenda constitucional 29. Isto demanda do gestor municipal uma maior atenção a estas

transformações. Entretanto, o que se observa é a reafirmação da Atenção Básica - AB como processo organizativo inicial de um sistema ordenado em rede.

Vejam os:

- No Decreto 7508

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

A atenção básica é, portanto a primeira condição para a instituição de uma região de saúde. Se a construção da Rede de Atenção da Saúde deve ser pensada a partir das demandas apontadas pelas necessidades da atenção básica, não há como organizá-la sem sua base. A região deve ser organizada para fazer a gestão pactuada da rede e suas linhas de cuidado referenciadas a partir das unidades básicas até aos serviços de especialidades, laboratórios e hospitais. Não há como pactuar e funcionar de forma responsável uma rede sem uma atenção básica organizada. Será sempre artificial e feita com bases que não refletem a realidade, gerando sobrecargas ou ociosidade de serviços.

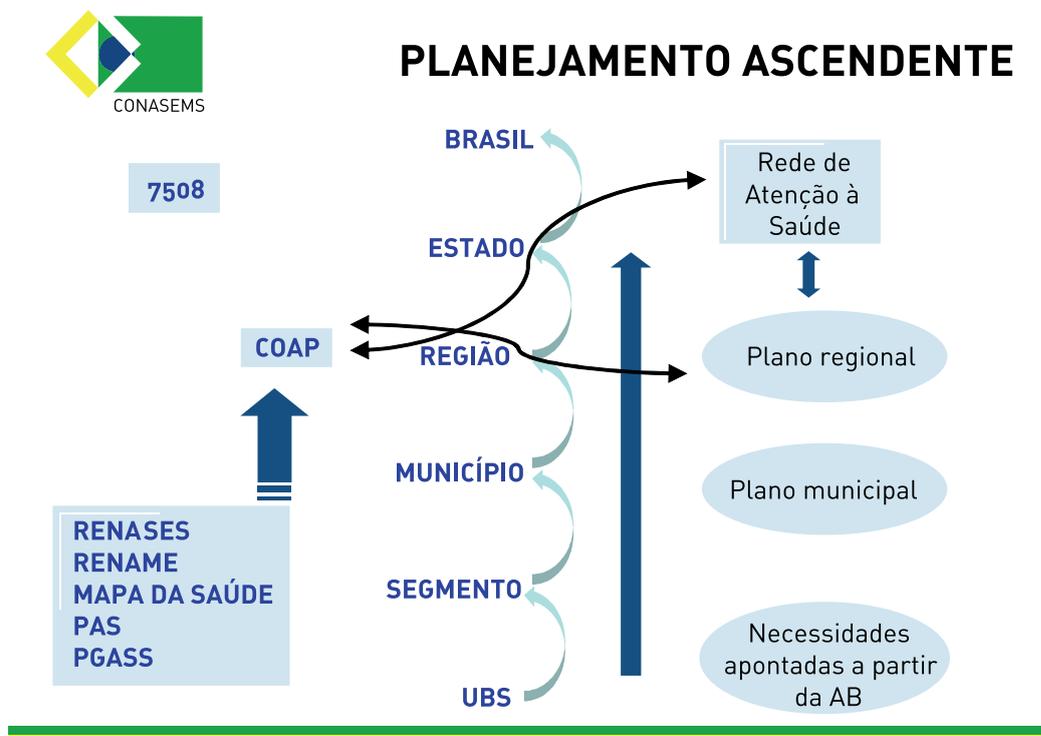
Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.



Uma vez organizada a Rede de Atenção à Saúde, dimensionada a partir da AB, estabelecido nos planos de saúde e nas programações anuais, o gestor deve então formalizar a relação interfederativa com a assinatura do COAP, nunca antes disto.

Portanto, podemos afirmar que o planejamento ascendente determinado nos regulamentos do SUS inicia-se na Atenção Básica.



O Decreto 7508 estabelece ainda outros importantes instrumentos, como o Mapa da Saúde, a Renases, a RENAME, as Programações, descritos com maiores detalhes em outro capítulo. Não se pode qualificar nenhum destes instrumentos sem uma atenção básica bem organizada e de acordo com o preconizado pela PNAB.





Regulamentação:

1. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002-Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.

2. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 - DOU DE 6/10/2006-Regulamenta as atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

3. Portaria nº 2.488, DE 21 de outubro de 2011- Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

4. Portaria nº 562, de 4 de abril de 2013 - Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

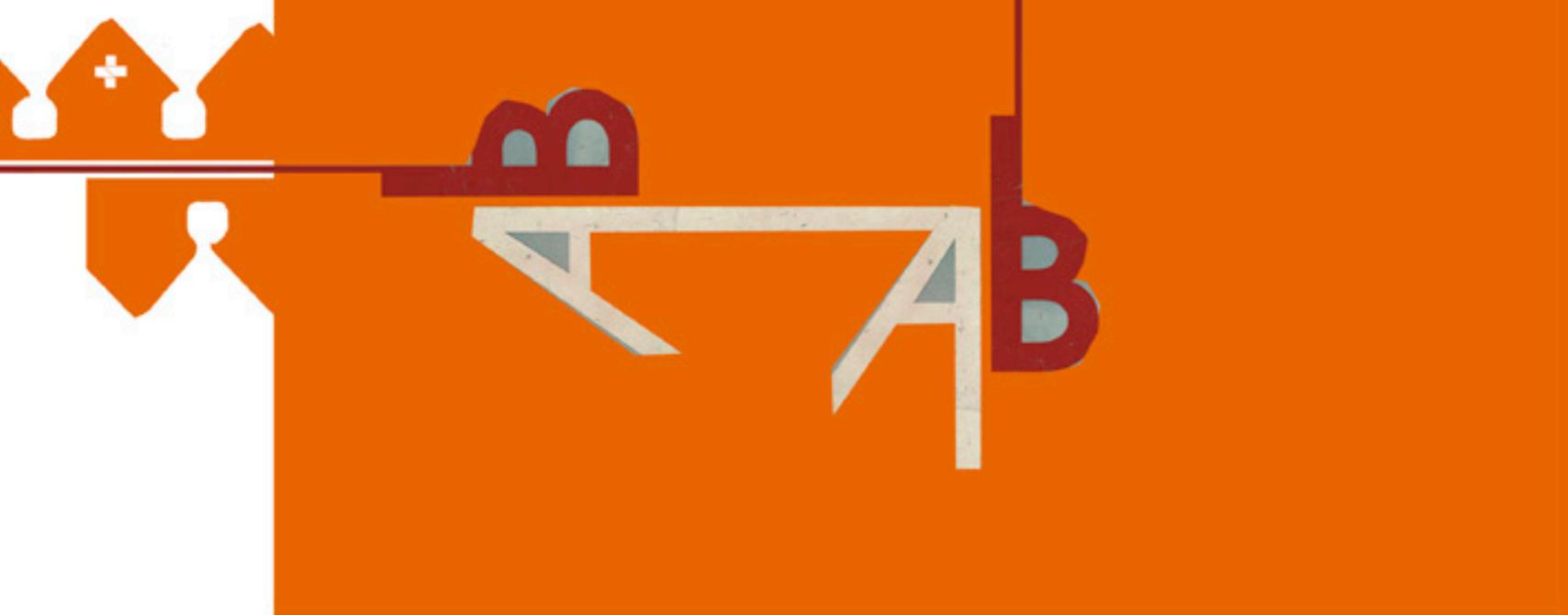
5. Portaria nº 535, de 3 de abril de 2013 - Altera a Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), e a Portaria nº 866/GM/MS, de 3 de maio de 2012, que altera o prazo para solicitação da avaliação externa no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

6. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

7. Portaria nº 548, de 4 abril de 2013 - Define o valor de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidade 1, 2 e 3.

8. Portaria nº 562, de 4 abril de 2013 - Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado como Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).





9. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 - Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

10. Portaria nº 3.238, de 18 de dezembro de 2009 - Define critérios para o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na atenção básica.

11. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.

12. Portaria nº 123 de 25 de janeiro de 2012 - Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.

13. Portaria nº 963, de 27 de Maio de 2013 - Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

14. Portaria nº 1.026, de 3 de Junho de 2013 - Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

15. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011 - Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma.

16. PORTARIA Nº 1.382, DE 3 DE JULHO DE 2012 - Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros no ano de 2012 referentes a programas e projetos aprovados no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e instituídos pelo Ministério da Saúde; altera as Portarias nº 148/GM/MS, de 31 de janeiro de 2012 .

17. Portaria nº 341, de 4 de março de 2013 - Reforma
Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).



18. Portaria nº 340, de 4 de março de 2013 - Construção
Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).
19. Portaria nº 339, de 4 de março de 2013 - Ampliação
Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).
20. Portaria 2.394 de 11 de outubro de 2011 - Componente ampliação
21. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011 - Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).
22. Portaria nº 2.554, 28 outubro de 2011 - Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.
23. DECRETO Nº 6.286, DE 5 DE DEZEMBRO DE 2007 - Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.
24. Portaria nº 1.399, de 14 de novembro de 2008 - Promover a articulação institucional entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para a execução de ações de atenção, prevenção e promoção à saúde nas escolas, bem como o caráter transversal da atenção à saúde e a necessidade de envolver a comunidade nas estratégias de educação para a saúde na rede pública de educação básica.
25. Portaria nº 675, de 04 de junho de 2008 - Institui a Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola.
26. PORTARIA nº 2.715, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011 - Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
27. Portaria nº 2.960, de 09 de dezembro de 2008 - Aprova o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos.
28. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006 - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.



29. Portaria Interministerial nº 630, de 08 de novembro de 2011 - Os Ministros de Estado de Minas e Energia e de Saúde definem que será beneficiada com a Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE a unidade consumidora habitada por família inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

Para Reflexão:

1. Como está organizada a atenção básica em seu município? Qual a sua cobertura?
2. Qual a cobertura de atenção básica no seu município?
3. Considerando a integralidade, como está organizada esta rede de atenção?
4. Onde está e como está a promoção da saúde em seu município?
5. O que você pretende fazer para implementar a atenção básica em seu município, nos aspectos de cobertura, processo de trabalho e de modelo de atenção?
6. Quais as necessárias linhas de cuidado devem ser formatadas na rede?
7. Qual a dimensão da AB?
8. Quais as especificidades da AB?
9. Como se manifesta esta integralidade?





VIGILÂNCIA EM SAÚDE

05

O conceito de Vigilância em Saúde está em permanente evolução no SUS e não pode ser considerado como definitivo no Brasil. Cada ente federado expressa a organização de serviços de vigilâncias com formatação e constituição diferentes. Obedece a história local de construção destes serviços.

No Ministério da Saúde a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) é uma reorganização da área de epidemiologia e controle de doenças a partir da extinção do Cenepi (Centro Nacional de Epidemiologia). Inclui atualmente a coordenação dos programas nacionais de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Promoção de Saúde e Saúde do Trabalhador. Esta organização espelha a proposta pelo CDC (Centro de Controle de Doenças dos EUA).

Na esfera federal, a coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, que pela Lei 141 é componente da vigilância em saúde, é feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), e as definições das políticas desta área seja papel da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Na esfera municipal, a lógica da integralidade tem exigido uma organização de forma mais unificada, incorporando todas as vigilâncias. Embora não seja uma regra, esta forma de organização tem sido formulada desde os primórdios da municipalização, quando os pioneiros começaram a construir os sistemas municipais de saúde, como em Campinas, Niterói entre outros.

A vigilância em saúde no município, além de suas atribuições expressas na Portaria MS 3252/de 2010, tem como missão adicional o apoio a atenção básica não só para qualificar as ações de vigilância sob sua responsabilidade, como no processo de planejamento da equipe para a formulação de um projeto de intervenção adequado ao território, que considere as questões epidemiológicas, ambientais, de saúde do trabalhador e de Vigilância Sanitária. Este planejamento, componente do processo ascendente de planejamento local, deve culminar com o planejamento do município na formulação do plano municipal de saúde e seus instrumentos de operação e transparência como a programação anual e os relatórios trimestrais e anuais de saúde.

A existência de uma estrutura física unificada entre as vigilâncias é um passo importante, mas isto não é suficiente para o desenvolvimento do necessário processo de trabalho integrado.

A primeira etapa para a implantação da Vigilância em Saúde é conhecer a organização e a operação dos serviços de vigilância, no município, abrangendo:

- Ações realizadas;
- Profissionais (e seus vínculos com o Sistema);
- As legislações municipais específicas;
- O cumprimento das legislações estaduais e federais.

Os profissionais das Vigilâncias precisam ser funcionários efetivos e concursados para o pleno e legal desenvolvimento da função de autoridade sanitária.



Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica, em geral, é mais estruturada, pois sua municipalização é mais antiga que a das demais vigilâncias. Devemos respeitar a sua história, mas lembrar de suas novas atribuições no âmbito municipal. Mesmo assim ainda carecemos muito de um adequado enfretoamento às doenças negligenciadas, como a hanseníase, a tuberculose, a malária e às verminoses. Observamos ainda o flagelo da leishmaniose em áreas de altíssimo IDH, com no DF.

Mas a nossa vigilância epidemiológica possui dimensões de absoluto sucesso, quando trabalha integrada com a atenção básica, como é o caso do Programa Nacional de Imunizações - PNI, exemplo de excelência técnica mundial.

Os gestores municipais devem estar atentos a um costume dos técnicos municipais de se ocuparem exclusivamente em produzir as informações adequadas para os diversos sistemas de informação para os estados e para o Ministério. Este não pode ser sua única atribuição. O papel de subsidiar o planejamento municipal é sem dúvida o mais importante, sem negligenciar a necessária integração com os demais entes federados.

Dengue

“A dengue é um flagelo mundial que só será equacionada adequadamente a partir da viabilização da vacinação em massa contra os seus vírus. Se bem que mesmo assim o *Aedes aegypti* continuará vetor de outros vírus não menos importantes clinicamente”. Esta parece ser a opinião de boa parte dos técnicos e gestores na atualidade.

Uns poucos fazem apologia à necessidade de centralização das ações, revivendo instituições como a Sucam, publicando trabalhos de avaliação extremamente pessimistas das propostas em construção atualmente, como as que observamos no Rio de Janeiro no início de 2008. Lá foram reincorporados os 3000 mata-mosquitos da Sucam.

Já a mídia, financiada pelo setor privado ou privatizante, se ocupa de avaliar o insucesso do SUS como um todo, julgando-o pelas epidemias de dengue. Como se a existência deste sistema devesse eliminar de pronto todos os problemas de saúde do país e que todos estes problemas fossem de exclusiva responsabilidade do setor saúde.

Algumas áreas técnicas do Ministério da Saúde se revoltam com a falta de instrumentos “coercitivos” para que os municípios sigam rigorosamente suas proposições, julgando que o insucesso na luta contra a dengue é o descompromisso do gestor municipal no desenvolvimento de seus programas.



Em nossa abordagem vamos tentar argumentar com essas opiniões e instrumentalizar o gestor municipal na consolidação de um trabalho que efetivamente pode mudar este panorama.

De quem é a responsabilidade sanitária pelo enfrentamento da dengue?

As ações de vigilância epidemiológica e a integralidade com a assistência são preceitos do SUS, expressas desde a Constituição, pela Lei Orgânica da Saúde pela Lei 141, Decreto 7508 e pelas regulamentações pactuadas federativamente sob a forma de Portarias (3252/11) ou de políticas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. A responsabilidade dos entes federados na execução das ações de vigilâncias e de assistência está também expressa neste arcabouço jurídico do SUS.

Sempre tivemos epidemias na história da humanidade e no Brasil sobremaneira, quer pela nossa condição biológica e tropical, quer por nossa organização social e política ou condição econômica. O atual modo de vida baseado em produtos descartáveis constrói um infindável elenco de possibilidades de desenvolvimento biológico do Aedes. A responsabilidade por eventuais criadouros nos domicílios é da família que nela habita ou empresas. Ora, se estes criadouros podem determinar saúde ou a doença, esta responsabilidade da família nos domicílios e das empresas está expressa no artigo segundo da Lei 8080/90. Veja que não apenas o estado nacional tem esta responsabilidade.

Nem sempre tivemos definição dos papéis como as que temos hoje, mas sempre fomos subfinanciados em nossas ações de controle epidemiológico, como ainda somos atualmente. A diferença é que o município agora participa de maneira significativa no financiamento destas ações, e gradativamente observamos uma diminuição da participação da União.

Constitucionalmente, a responsabilidade pelo munícipe é do município. Na saúde também isto é uma verdade. Cabe às outras esferas de gestão e de governo o apoio técnico e financeiro, como explicita o artigo 30 da Constituição. Embora este regulamento venha sendo construído responsavelmente, ainda se apresenta de maneira insuficiente.

As ações necessárias para o controle do Aedes, para a vigilância epidemiológica e para uma assistência clínica na vigência de processos epidêmicos são de responsabilidade do município. O aprimoramento da capacidade de acolher os suspeitos ou doentes de dengue de forma a garantir uma oportuna intervenção sobre o caso pode minimizar em muito a mortalidade da doença.

Vejamos algumas circunstâncias:

O controle efetivo dos Aedes depende de ações que necessitam da participação da comunidade e de outros setores da administração municipal. O estado não vai coletar lixo que serve como criador. Não cabe ao Ministério da Saúde financiar a urbanização necessária para eliminar os criadouros urbanos. Os recursos da Funasa e dos Ministérios que investem no saneamento

básico são insuficientes para alterar esta realidade nacional. O país tem um grande atraso na construção do saneamento básico, e isto não pode ser atribuído ao município, mas a nossa história e à federação como um todo.

Entretanto, está claro que este enfrentamento da dengue deva se dar no âmbito municipal, com ações intersetoriais ou não ocorrerão. A notificação epidemiológica é uma ação básica de saúde, que deve ser realizada pelas equipes básicas de saúde, nos municípios. Não cabe ao estado ou o Ministério executar estas ações.

A integralidade entre as ações de controle de vetores, de vigilância epidemiológica e das necessidades assistenciais dos suspeitos e doentes de dengue, construindo desde a atenção básica com acolhimento com classificação de risco, e as necessárias linhas de cuidado, nascidas da porta de entrada, que implica em responsabilizar a partir dela todos os outros serviços de especialidades, ambulatoriais, laboratórios e de retaguarda hospitalar.

Uma imagem negativa:

Imagine notificar um caso suspeito de dengue sendo encaminhado ao Ministério, que encaminharia para a sua área responsável pelo controle de vetores, que devolveria para a coordenação estadual, que devolveria a um eventual órgão operador local, para então produzir o controle focal.

Imagine este caso suspeito necessitando de exames, solicitando às centrais reguladoras do Ministério ou do Estado, depois agendando este exame, e conforme um protocolo como os que temos nestas circunstâncias. O paciente, então, se encaminha para a referência, aguarda o resultado, que aí deve dirigir-se outra vez a central de regulação do Ministério, que deverá garantir a assistência clínica necessária.

Agora imagine estas condições aplicadas a todas as doenças e problemas de saúde.

O melhor mesmo é compreender porque a nossa Constituição responsabiliza o município para estas questões e construirmos um sistema que dê conta destas demandas, com financiamento adequado e apoio técnico suficiente. Nenhuma instituição responsável no mundo enfrenta problemas sérios sem o devido planejamento.

O programa nacional de controle da dengue aponta para uma série de ações necessárias nas áreas de Vigilância epidemiológica; de Combate ao vetor; de Assistência aos pacientes;



de Integração com atenção básica; de Ações de saneamento ambiental; de Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social; de Capacitação de recursos humanos; de Legislação e de Sustentação político-social.

Todas estas ações devem ser incorporadas no plano municipal de saúde. Existem para isto parâmetros de programação que podem ser utilizados para o desenvolvimento deste plano municipal. Não se podem desvincular no planejamento as questões de controle, vigilância e assistência. Estas programações devem ser organizadas a partir da realidade do município. Não há programação igual entre os municípios como não há municípios iguais. Como boa parte das ações contra dengue são intersetoriais, o município deve se ocupar em propor um planejamento intersetorial, que contemple as questões de urbanismo e de saneamento. Não podemos considerar estas ações como operações extraordinárias, mas devemos programá-las na rotina permanente e no planejamento municipal.

Estas ações devem ser programadas no processo de planejamento integrado do município, não em um documento à parte. Estas ações dependem de todos os serviços organizados em linhas de cuidado na Rede e descritos no plano municipal de saúde e suas ações regionais pactuadas e descritas no COAP.

A regulamentação municipal da dengue

Neste caso, entendemos como regulação a capacidade de produzir regulamentações municipais capazes de modificar uma condição sanitária específica e que deve ser complementada pelo papel do estado e da União.

No caso da dengue, por exemplo, o município poderia regulamentar a proibição do uso de caixa d'água nas regiões onde não há desabastecimento de água. Este equipamento além de propiciar a contaminação da água, é sem dúvida um dos importantes criadouros de significado nacional.

Outra questão que o município poderia regular é a utilização das calhas de telhados domiciliares. Temos tecnologia de engenharia da construção suficiente para eliminar este equipamento, poderoso criador em determinadas regiões do Brasil.

Os ralos externos domiciliares deveriam ser construídos sem que houvesse neles qualquer depósito ou acúmulo de água.

As caixas de descarga em sanitários expostos a ventilação externa deveriam ter acionadas o seu enchimento somente quando o domicílio estivesse em uso constante.

Também é importante que o município crie mecanismos para multar terrenos baldios que estejam sujos, ou executar a limpeza e cobrar pelo serviço. Cuidado com o que determina a Lei 141 em seu artigo 4º inciso VI.



A regulamentação da ocupação do solo, de tal forma que considere as questões de infraestrutura urbana, como coleta de lixo, abastecimento regular de água, coleta e tratamento de esgoto, coleta e destinação das águas pluviais, além dos necessários equipamentos sociais.

Vigilância ambiental e da saúde do trabalhador

Em alguns municípios a vigilância ambiental e de saúde do trabalhador estão contempladas no escopo da Vigilância Sanitária, como ocorre nas esferas estadual e nacional.

A saúde do trabalhador tem uma nova política, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – Portaria 1823 de agosto de 2012. A demanda importante agora para a gestão municipal é inserir as responsabilidades previstas nesta política no âmbito da Atenção Básica. A saúde do trabalhador não é uma área autônoma e independente do SUS. Insere-se na rede de atenção à saúde e os seus serviços agora necessitam desenvolver um apoio matricial à atenção básica para qualificar suas ações e ampliar sua resolubilidade. Cada local deve discutir as atribuições a serem gradativamente assumidas e capacitadas com responsabilidade.

Qual é o Centro de Referência (Cerest) da Região de Saúde à que está vinculado o município e sua inserção na rede de atenção? Se a gestão deste serviço for estadual, a discussão das responsabilidades deve ser feita com o estado.

Vigilância das zoonoses

Nem todos os municípios possuem ou tem referência de Centros de zoonoses ou conseguem usar apoio dos municípios vizinhos. Esta responsabilidade regionalizada está muito complicada neste momento e carece de uma atenção dos gestores municipais na CIR e do estado. Como limitar o uso de recursos da saúde nos centros de vigilância de zoonoses municipais às atribuições expressas na legislação da saúde? Como o município deve responder à demanda da sociedade civil organizadas de proteção animal, sem incorrer no uso indevido de recursos expressos na Lei 141? Qual o papel da vigilância de zoonoses e de proteção animal. Qual o papel da saúde, do trânsito, do meio ambiente na divisão destas responsabilidades? O certo é que para o município, nunca será construído estruturas independentes destas responsabilidades- imagine um CCZ da saúde, uma do meio ambiente, um do trânsito, separados. Isto seria dispendioso e impraticável no âmbito local. Há muito que se refletir a este respeito ainda.

Laboratório de vigilância

Outro aspecto a ser observado é a retaguarda laboratorial para ações de Vigilância. Não existe vigilância sem laboratório de apoio. O gestor municipal deve exigir junto a CIB uma maior responsabilidade do estado na execução destas ações, não apenas para os programas estaduais, mas sim para a atenção das demandas municipais de vigilância. As responsabilidades municipais de vigilância, quando incluídas as questões laboratoriais, têm apenas 10% de seus custos cobertos pelos recursos federais. Se os estados não participarem deste financiamento sempre haverá um déficit de qualidade das ações municipais, pois ultrapassam as possibilidades municipais.





Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

O Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) e o Incentivo Financeiro do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, do Piso Variável de Vigilância em Saúde - PVVS.

O Incentivo Financeiro do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde, no valor anual correspondente a 20% (vinte por cento) do valor anual do Piso Fixo de Vigilância em Saúde - PFVS. À partir de uma avaliação de indicadores a serem pactuados, pode garantir um bom recurso extra ao município para o bloco de vigilância em saúde.

Vigilância Sanitária- VISA

(Escrito pela saudosa e grande militante da VISA **Anna Rego**)

A Vigilância Sanitária é a forma mais complexa de existência da Saúde Pública, pois suas ações, de natureza eminentemente preventiva, perpassam todas as práticas médico sanitárias: promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

A Vigilância Sanitária foi formalizada no âmbito jurídico, no art. 200 da Constituição Federal - CF de 1988 quando define que cabe ao Sistema Único de Saúde- SUS, entre outras ações, executar as ações de Vigilância Sanitária, e na Lei Federal nº 8080/90:

Art. 6º - § 1º Entende-se por Vigilância Sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A Lei Federal nº 9.782/1999 define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA estabelece e define sua ampla e complexa área de atuação:

Art. 6º A Agência terá por finalidade institucional promover a proteção da saúde da população, por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e de fronteiras.

Art. 8º Incumbe à Agência, respeitada a legislação em vigor, regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública.

§ 1º Consideram-se bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência:

I - medicamentos de uso humano, suas substâncias ativas e demais insumos, processos e tecnologias;

II - alimentos, inclusive bebidas, águas envasadas, seus insumos, suas embalagens, aditivos alimentares, limites de contaminantes orgânicos, resíduos de agrotóxicos e de medicamentos veterinários;

III - cosméticos, produtos de higiene pessoal e perfumes;

IV - saneantes destinados à higienização, desinfecção ou desinfestação em ambientes domiciliares, hospitalares e coletivos;

V - conjuntos, reagentes e insumos destinados a diagnóstico;

VI - equipamentos e materiais médico-hospitalares, odontológicos e hemoterápicos e de diagnóstico laboratorial e por imagem;

VII - imunobiológicos e suas substâncias ativas, sangue e hemoderivados;

VIII - órgãos, tecidos humanos e veterinários para uso em transplantes ou reconstituições;

IX - radioisótopos para uso diagnóstico in vivo e radiofármacos e produtos radioativos utilizados em diagnóstico e terapia;

X - cigarros, cigarrilhas, charutos e qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco;

XI - quaisquer produtos que envolvam a possibilidade de risco à saúde, obtidos por engenharia genética, por outro procedimento ou ainda submetidos a fontes de radiação.

§ 2º Consideram-se serviços submetidos ao controle e fiscalização sanitária pela Agência, aqueles voltados para a atenção ambulatorial, seja de rotina ou de emergência, os realizados em regime de internação, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, bem como aqueles que impliquem a incorporação de novas tecnologias.

§ 3º Sem prejuízo do disposto nos §§ 1º e 2º deste artigo, submetem-se ao regime de Vigilância Sanitária as instalações físicas, equipamentos, tecnologias, ambientes e procedimentos envolvidos em todas as fases dos processos de produção dos bens e produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, incluindo a destinação dos respectivos resíduos.

§ 4º A Agência poderá regulamentar outros produtos e serviços de interesse para o controle de riscos à saúde da população, alcançados pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

O objetivo principal das ações de Vigilância Sanitária é a garantia da saúde coletiva, e embora a afirmação de um conceito para esse campo da Saúde Pública tenha se formalizado no âmbito jurídico, a organização do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e por consequência sua gestão, ainda constituem processos em construção nas três esferas de governo.

A Vigilância Sanitária é uma prática de saúde coletiva, que, apesar de ser uma das mais antigas configurações de Saúde Pública, responsável por inúmeras e importantes ações de promoção da Saúde, com base na prevenção de riscos e agravos, ainda não é muito reconhecida por boa parte da sociedade, inclusive por muitos dos profissionais que integram o SUS. Seu diferencial, das demais práticas de saúde é o poder de polícia administrativa, indelegável (exercido por servidores públicos, designados em ato oficial pelo governo federal, estadual ou municipal). A definição de poder de polícia administrativa, amplamente aceito na administração pública, encontra-se no artigo 78 da Lei Federal nº 5172/1966 Código Tributário Nacional.

No âmbito do SUS, a Vigilância Sanitária representa um poderoso mecanismo de articulação de poderes e níveis de governo, pois por sua natureza essencialmente preventiva, é um espaço de exercício de cidadania e de controle social, e o resultado e a qualidade do trabalho da Vigilância Sanitária dependem não só do trabalho de suas equipes, mas da capacidade de articulação e integração de seus gestores entre as diferentes esferas de governo, dos vários setores da administração pública, da cooperação da sociedade civil organizada e da parceria com a sociedade.

Marcos Legais da VISA

As principais legislações sanitárias que disciplinam a Gestão de Vigilância Sanitária estão listadas quadro abaixo, porém além destas é importante conhecer as demais legislações do Sistema Único de Saúde, as legislações específicas para operacionalização das ações de regulação e fiscalização sanitária, bem como legislações estaduais e municipais de saúde e de áreas que possam colaborar para a articulação de ações intersetoriais tais como: meio ambiente, finanças, planejamento urbano (código de posturas, zoneamento e edificações), entre outras.

Quadro resumo da Legislação Sanitária Federal necessária à Gestão de Vigilância Sanitária
1988 BRASIL. Constituição Federal , 1988.
1977 Brasil. Lei nº 6437, de 20 de agosto de 1977 . Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.
1990 BRASIL. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Código de Defesa do Consumidor.
1994 BRASIL. Ministério da Saúde - Portaria nº 1.565/MS/GM, de 26 de agosto de 1994 . Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece a competência das três esferas de governo e estabelece as bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
1999 BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 : define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências.
2009 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.252 , de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências.

Ações de Vigilância Sanitária

As principais ações de Vigilância Sanitária de acordo com a atribuição legal de cada esfera de gestão (ANVISA, Estados e Municípios) são: Normatização /Regulação, Normas para padronização de procedimentos administrativos e fiscais, Registro de Produtos de Interesse à Saúde, Cadastramento de Estabelecimentos e Situações de Interesse à Saúde, Licenciamento (alvará ou licença sanitária), Autorização de Funcionamento de Empresas e Especiais, Fiscalização/Avaliação Sanitária, Monitoramento dos produtos e serviços, Monitoramento do mercado (medicamentos e produtos de saúde), Monitoramento da publicidade (produtos e serviços de interesse à saúde), Orientação e educação sanitária (técnicos, sociedade e setor regulado), Atendimento a denúncias, Investigação de surtos e agravos.

É importante a participação em instâncias de discussão, negociação e pactuação (CIT, GTVS, CIB, CIR e Câmaras técnicas e COSEMS. Participação nos fóruns e canais de gestão participativa e controle social Monitoramento e avaliação das ações de VISA definidas no Plano de Saúde, nas Programações Anuais de Saúde e nos relatórios trimestrais, Relatórios Anuais de Gestão.

Poder de Polícia limita e controla o exercício de alguns direitos individuais, assegurados em lei, em benefício do bem estar da coletividade. No uso regular do poder de polícia, a administração expede regulamentos e demais normas para o exercício dos direitos e atividades que afetam a coletividade. O ato de polícia, como ato administrativo, ficará sempre sujeito a invalidação judicial se praticado com excesso ou desvio de poder. As condições de sua validade são as mesmas do ato administrativo comum, ou seja, deve atender a competência, a finalidade e a forma legal, acrescida da proporcionalidade entre a restrição e os benefícios que dela decorram para a coletividade e a legalidade dos meios empregados.

Atualmente as ações de Vigilância Sanitária no Brasil são realizadas pelos componentes do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, respeitados os limites legais de competência. Os órgãos que compõem Sistema Nacional de Vigilância Sanitária- SNVS são:

Ministério da Saúde

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS);

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS);

Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municipais (VISAS);

Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS);

Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS);

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ);

Conselhos, Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde.





Desta forma há três esferas de gestão interagindo para garantir a atuação da Vigilância Sanitária no Brasil, o que é denominado de tripartite: a esfera federal, a estadual e a municipal. Todos os órgãos que fazem parte do SNVS devem agir de forma articulada, integrada, apesar de terem suas próprias competências, atribuições e responsabilidades.

A ANVISA é hoje a instituição Federal responsável Vigilância Sanitária no Brasil, fazendo a gestão dos serviços que competem ao nível federal. Seu papel é de coordenar as ações de fiscalização realizadas pelas esferas estaduais e municipais, regulamentar e dar apoio técnico a estas esferas. Aos Estados e municípios são atribuídas às responsabilidades operacionais do trabalho de campo da Vigilância Sanitária, com o processo de municipalização da saúde as ações executadas passam a ser cada vez mais de responsabilidade municipal cabendo ao Estado ações complementares e suplementares para o bom desenvolvimento das atividades das vigilâncias municipais.

Planejamento da vigilância em saúde

Uma vez instituído os serviços, o que é um processo permanente de qualificação como já dito acima, é preciso conhecer os principais problemas de saúde e os riscos sanitários do município. Para isso, é importante articular e integrar com a AB, ter acesso aos planos já existentes, seja o Plano Municipal de Saúde ou as propostas de ação para as vigilâncias. As ações de DST/AIDS e Hepatites virais agora devem ser feitas nesta lógica de integração, sem desconsiderar suas demandas específicas e vulnerabilidades. O gestor municipal deve favorecer a participação da sociedade civil organizada em seu território na formulação desta política pública, que se construirá de forma ascendente também a partir de prioridades nacionais, estaduais e regionais.

A necessidade de formalização das responsabilidades municipais de todas as ações e metas de vigilância em saúde devem estar expressas no plano municipal de saúde, lei orçamentária e programação anual, no mapa da saúde, programação geral- PGASS e no contrato Organizativo de ações Públicas de Saúde- COAP assinado entre as três esferas de gestão do SUS. Uma parte da avaliação desses instrumentos do decreto 7508 é realizada, por meio de metas e indicadores pactuados e seu desenvolvimento deve ser avaliado de forma quadrimestral, em conformidade com o artigo 36 da lei 141.

A existência de uma estrutura física unificada entre as vigilâncias é um passo importante, mas isto não é suficiente para o desenvolvimento do necessário processo de trabalho integrado.



Apoio Financeiro

A vigilância em saúde é uma área que os estados ainda não se comprometeram de fato no financiamento dos municípios, e ao invés disto tem preferido assumir o papel dos municípios, competindo na execução destas ações, contrariando a Lei Orgânica da Saúde.

Integralidade

A organização da atenção básica é uma das prioridades da agenda da saúde, considerando-se o PSF a estratégia mais importante para a mudança do modelo assistencial. Nas formulações do PSF as ações e atividades de Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador, DST/AIDS e Hepatites não estão suficientemente contempladas, muitas vezes sequer são referidas enquanto uma preocupação. A possibilidade de um profissional de saúde coletiva que tenha domínio técnico sobre as vigilâncias nos NASF como previsto na nova política de atenção básica de 2011 pode ser uma oportunidade na qualificação destes serviços de atenção básica e vigilância. Resta acumular experiências positivas nesta construção.

Como incluir nessa estratégia ou articular com ela as ações de proteção da saúde do âmbito da Vigilância Sanitária?

Cabe lembrar que os participantes da 1ª Conferência Nacional de Saúde postularam a aproximação das ações de vigilância sanitária da atenção básica e das ações de assistência médica em geral (MS, 2003). Os participantes da Conferência Nacional de Vigilância Sanitária também reivindicaram tanto a integração das diversas vigilâncias quanto a articulação da sanitária com os demais programas de demais ações de saúde e ainda com as atividades de informação, educação e comunicação em saúde (CNVS - relatório final).

Uma vez que nos propomos a avançar para um modelo assistencial pautado na integralidade das práticas em saúde, esta deve ser uma preocupação do gestor.

Ao propormos uma formatação da organização sem as paredes específicas de cada vigilância não significa destruir as pilastras técnicas que estruturam os saberes e práticas específicas de cada uma delas. Suas identidades são imprescindíveis, mas seus saberes devem ser socializados. Seu novo papel deve incluir o de apoio a todos os serviços do SUS, mormente os de atenção básica.

Ação intersectorial

O entendimento atual de saúde, seus campos, e seus determinantes e principalmente os determinantes sociais são bases para a formulação de que a saúde é na verdade um produto social. A dengue não pode ser vista de forma diferente. A existência da dengue é na verdade um produto social. Não haveria criadouros de Aedes se a sociedade não permitisse. Portanto podemos afirmar que se a sociedade quiser, ela elimina os criadouros dos “odiosos”.

A saúde municipal deve ser preparada para a construção de um projeto social de um ambiente sem Aedes. É bem verdade que não é possível eliminar este vetor, principalmente quando ele se soma ao Aedes albopictus ou tigre asiático, também vetor, de menor significado epidemiológico, mas de maior adaptação biológica a natureza brasileira. O controle da infestação do Aedes pode ser feito, mas não a sua eliminação.

A participação social nesta ação que é um componente da atenção básica de saúde deve ter as mesmas dimensões citadas desde a Declaração de Alma Ata em 1978, ou seja, com espírito de autorresponsabilidade e de autodeterminação.

Desenvolver a autorresponsabilidade pela saúde como atributo do indivíduo passa, por exemplo, em eliminar o paternalismo da limpeza no domicílio pelos trabalhadores da saúde e desenvolver uma educação pessoal sobre esta responsabilidade. Às vezes os momentos de persuasão passam pela coerção financeira, como multas nos casos reincidentes ou prêmios nos casos de evidente compromisso. Alguns municípios fazem isto com bastante sucesso.

Ações coletivas organizadas pela comunidade podem ser entendidas como um processo de autodeterminação. Desde mobilizações para limpeza até as mobilizações políticas para a implementação do saneamento básico ou outros benefícios urbanos que possam ter impacto sobre as responsabilidades sanitárias dos poderes públicos, democraticamente realizadas.



A gestão de recursos

São poucos os recursos destinados à saúde no Brasil, e são menores ainda aos destinados as ações coletivas, de atenção básica e de vigilâncias. Os recursos destinados aos municípios além de insuficientes vêm em sua maioria na forma de incentivos e com o uso restrito a partir de programação que frequentemente tem dimensões nacionais. Isto propicia a sobra de recursos em determinadas áreas em regiões específicas e falta em outras. Este equacionamento é difícil, mas o SUS tem aprimorado estes mecanismos gradativamente.

Os recursos do Ministério da Saúde para o desenvolvimento das ações municipais de controle da dengue são transferidos em conformidade com a Portaria MS 1172, de 15 de junho de 2004. Esta Portaria explicita os compromissos entre os entes federados.

Os recursos recebidos são utilizados em conformidade com a Portaria MS 204, de 26 de janeiro de 2007, que estabelece os blocos de financiamento e cria o bloco da vigilância.

Estes recursos são destinados ao município e devem ser usados no financiamento das ações das vigilâncias e do controle de vetores. A não utilização destes recursos por um período de seis meses pode acarretar na suspensão do envio mensal destes recursos (artigo 21 da Portaria 1172).

Entretanto, o município pode optar em acumular estes recursos para compra estratégica de equipamentos mais caros que o repasse mensal deste teto financeiro (TFVS), mesmo para um prazo superior ao permitido na portaria. Para isto é necessária apenas uma justificativa junto a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Não se justifica a não utilização destes recursos. O surgimento da dengue nestas circunstâncias expõe a população do município e pode ser entendida como uma forma de corrupção, pois os recursos não se transformaram em ações de saúde. Isto inclusive dificulta a negociação por um financiamento melhor para o setor.

Para saber mais:

1. www.saude.gov.br/svs - Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS).
2. www.anvisa.gov.br – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, vinculada ao Ministério da Saúde (MS).
3. PAIM, J. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUALYROL, MZ e ALMEIDA FILHO, N ; Epidemiologia e Saúde, 6ª edição, Editora Guanabara/Koogan, 2003
4. TEIXEIRA, C (org.); PAIM, J.; VILASBOAS, AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde – In. Promoção e Vigilância da Saúde, Instituto e Saúde Coletiva (ISC), Salvador, 2002.
5. WALDMAN, E.A. Vigilância como prática de saúde pública. In: CAMPOS, G.W.S. e cols. Org. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Hucitec/Editora Fiocruz. São Paulo – Rio de Janeiro, 2006.
6. BRASIL, Ministério da Saúde,. Boletim Epidemiológico Eletrônico. Ano 05, nº 02. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2005. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/bol_epi_2_2005.pdf
7. TEIXEIRA, C.F. e cols. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. Iesus, VII (2), Abr/Jun, 1998.
8. PAIM, J.S. & TEIXEIRA, M.G.LC. – Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) – Informe epidemiológico do SUS, Cenepi, outubro de 1992.
9. Política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora; Portaria MS 1823 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html; BRASIL.
10. Anna Maria Boiczuk Rego; Fazendo Acontecer Gestão e Estrutura em Vigilância Sanitária; Curitiba/Paraná; 2012; Curso de Especialização em Gestão da Vigilância Sanitária 2011-2/Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa São Paulo, 2012.

Para reflexão

1. Como estão organizadas as vigilâncias em seu município?
2. Qual o pensamento do seu prefeito frente às obrigações sanitárias da Vigilância Sanitária?
3. Você acha importante o trabalho integrado entre as vigilâncias e a assistência?
4. Como você pretende alterar ou implementar esta situação em seu município?
5. Como está a dengue em seu município?
6. Você acha necessária a interação intersetorial para o enfrentamento deste problema?
7. Qual a importância atual da AIDS em seu município?
8. Quanto a Saúde e a sociedade já gastam com este problema em seu município?
9. Como você pretende enfrentar os custos sociais da epidemia da AIDS, drogas e violência em seu município?



06

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE





Para entender

Controle social é a forma pela qual se garante o direito de participação real da sociedade na formulação, implementação e controle de políticas e ações de Saúde, inscrito na Constituição de 1988 e na Lei Federal 8.142/90. Ele se dá também, mas não exclusivamente, por meio dos conselhos de Saúde e das conferências de Saúde, que contam com representação dos seguintes segmentos:

- População: diretamente pelos usuários, por meio de entidades representantes deste segmento, tais como associações de moradores, movimentos populares de saúde, sindicatos e centrais sindicais, associações de familiares e portadores de patologia, de defesa dos direitos humanos e do meio ambiente, dos estudantes etc.;
- Trabalhadores da Saúde: por meio de sindicatos, associações, conselhos profissionais e de servidores públicos;
- Instituições prestadoras de serviços de Saúde;
- Gestores do SUS, nas três esferas de governo.

OBS.: o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o CONASS (Conselho Nacional de Secretários da Saúde) têm assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme Lei nº 8142/90 – parágrafo 3º do artigo 1º.

Os conselhos de Saúde estão previstos em lei desde 1990 e são deliberativos, isto é, tomam decisões nos assuntos da Saúde.

Importante destacar outros papéis fundamentais do Conselho Municipal de Saúde (CMS):

- O primeiro refere-se ao repasse de recursos, como posto na LC 141- Art. 22 Parágrafo único inc., o repasse de recursos está condicionado à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação;
- E o segundo, não menos importante, é o papel do CMS na avaliação da gestão do SUS (LC 141 Art. 31 inciso III).

Existe um conselho nacional, 26 conselhos estaduais, 1 Conselho do Distrito Federal e 5568 conselhos municipais.

O CMS propõe e acompanha as ações relativas à Saúde local, além de controlar e fiscalizar o bom uso dos recursos, democratizando as decisões.

Eles devem ser paritários e tripartite em conformidade com a Lei 8142 que determina 50% para os usuários e 50% para os representantes dos governos, prestadores e trabalhadores da saúde.

Segundo a Resolução CNS nº 453 de 10 de maio de 2012 no que se refere à organização dos conselhos, em sua terceira diretriz temos:

I - O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e constituído em lei;

II - Mantendo o que propôs as Resoluções nº 33/92 e 333/03 do CNS e consoante com as Recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades e movimentos representativos de usuários;
- b) 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde;
- c) 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Hoje, órgãos de fiscalização e controle como os Tribunais de Contas e o Departamento de Auditoria do SUS (DENASUS), pautam-se por esta Resolução, e exigem essa organização dos conselhos.

Os representantes de usuários e trabalhadores da Saúde devem ser eleitos por seus pares.

O presidente do Conselho deve ser eleito pelos conselheiros. Esta eleição não deve coincidir com as eleições do executivo municipal.

O governo e prestadores de serviço indicam seus representantes.

Em alguns municípios, existem, ainda, conselhos em cada Unidade de Saúde, que são chamados de “Comissões Gestoras” ou “Conselhos Locais de Saúde”, ou ainda “Conselhos Gestores de Unidade”. Porém vale a pena destacar que estes conselhos não podem deliberar concorrentemente ao Conselho Municipal de Saúde.

É obrigação legal dos gestores a realização de reuniões ordinárias do CMS, todos os meses. Ele deve discutir e aprovar o Plano Municipal de Saúde, o Relatório de Gestão anual, as prestações de contas e, ainda, discutir e apreciar diretrizes para as políticas, programas e ações que serão implementadas no município.

Cabe ainda citar § 2º do Art 36 a LC 141 onde se lê outra competência do Conselho:

Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.



As conferências de Saúde, regulamentadas por lei, acontecem periodicamente, permitindo ampliar ainda mais a participação social no SUS. As conferências nacional e estaduais ocorrem a cada quatro anos, já as conferências municipais tem periodicidade definida em legislação local devendo acontecer no primeiro ano de governo para definição das diretrizes para o plano municipal de saúde.

Passo-a-passo

As propostas aprovadas devem ser detalhadas pelo Conselho, para embasar os planos de Saúde. Cabe ao Conselho acompanhar e fiscalizar sua implementação.

Em relação à participação da comunidade na saúde cabe ainda citar algumas políticas aprovadas no Conselho Nacional de Saúde e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, tais como:

- Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;
- Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- Portaria GM/MS nº 992/09;
- Política Nacional de Saúde Integral da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis- Portaria GM/MS nº 2836/11;
- Política Nacional de Saúde Integral da população do Campo e Floresta- Portaria GM/MS nº 2866/11.

Regulamentação:

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) – Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

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.

Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde - Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

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

Leis Complementares e ordinárias relacionadas ao controle social de seu município.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Brasília:

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002. 60 p. - (Série Histórica do CNS; n. 1) - (Série I. História da Saúde no Brasil). Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/A_Pratica_Control_Social.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 20 p. - (Série CNS Cadernos Técnicos;) - (Série J. Cadernos; n. 6). Disponível em:http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_capacitacao.PDF

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta dos direitos dos usuários da saúde- 3ª edição. Ministério da Saúde: Brasília/DF, 2011. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - 3ª ed. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. - (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Coletanea_Normas.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: "Todos usam o SUS; SUS na Seguridade Social; Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro". Editora do Ministério da Saúde, Brasília/DF-2012, (Série C. Projetos, Programas e Relatórios) Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf





Para saber mais:

CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação dos conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 280 p.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Conselho Estadual de Saúde. Relatório da 5ª Conferência Estadual de Saúde. Disponível em: http://www.conselho.saude.sp.gov.br/resources/5conf/relatorio/relatorio_final_da_5_ces.pdf

CARVALHO GCM. Participação da Comunidade na Saúde, Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP) 2006 (www.idisa.org.br)

Para reflexão:

1. Como você acha que seria a sociedade brasileira sem a participação social?
2. Como está a participação social em seu município em sua atual experiência?
3. Como você pretende alterar ou implementar esta situação?
4. Como a Participação Social pode ajudar você e o SUS na busca pela garantia do direito à saúde?



A GESTÃO DO TRABALHO

07



Para entender:

O Sistema Único de Saúde (SUS) abrange estruturas organizacionais que demandam profissionais qualificados e atuando com autonomia, tendo em vista a complexidade e a diversidade do ambiente da Saúde, no qual interagem atores com interesses distintos a serem mediados.

Gerenciar o trabalho, no SUS, implica administrar toda e qualquer relação de trabalho necessária ao seu funcionamento, que deve estar contratualizada por meio de instância única. Deve envolver todas as relações de trabalho e prestações de serviços ofertadas aos usuários, assim como o conjunto das ações e atividades necessárias ao desenvolvimento das atividades-meio (tais como formação, atos e ações administrativas).

A gestão do trabalho pressupõe que o gestor tenha clareza de que só será possível a consolidação do SUS se implementarmos uma política de valorização do trabalhador de saúde. Para tanto, o trabalhador deve ser visto como um sujeito no seu processo de trabalho que pode contribuir significativamente com o planejamento, formulação e execução das ações de saúde. É importante que ele participe das decisões e se sinta corresponsável na execução das ações. Para que isto aconteça, é necessário promover um ambiente de trabalho democrático, saudável e participativo que possibilite o “sentimento de pertencimento”.

Para se formular e implementar uma política de Gestão do Trabalho merecem atenção temas como: peso da folha de pagamento de pessoal; tipos de vínculos com a instituição, modos de remuneração; valorização do trabalhador com a instituição de PCCS-SUS que possibilite a perspectiva de carreira; paralisações e greves de trabalhadores; política geral de previdência e assistência do trabalhador, espaços permanentes de negociação (ex. Mesas de Negociação).

Conhecidos e avaliados esses pontos e ainda outros, pode-se então, formular uma Política Municipal de Gestão do Trabalho, que de forma descentralizada, democrática e transparente, com regras claras e negociação permanente, conduza de forma humanizada e preserve o respeito nas relações e processos de trabalho.

Passo-a-passo:

1. Deve-se identificar o nível hierárquico do setor e garantir a inserção da Gestão do Trabalho no organograma da Saúde, onde for possível, dependendo do tamanho da instituição da saúde e do porte do município.

2. Deve-se produzir o diagnóstico da situação dos trabalhadores na rede de Saúde, que não pode sofrer com descontinuidades. Mudanças devem ser pactuadas, em acordos formalizados. É importante conhecer: a legislação municipal, a estrutura organizacional, o quadro de pessoal da rede, os regimes de trabalho, as formas de ingresso na rede.

3. Deve-se implantar o censo dos trabalhadores da Saúde, atualizado periodicamente e contendo informações para se qualificar as tomadas de decisão (quantos são? categorias, origens; especialidades, profissões que se extinguem e sua substituição).

4. Deve-se manter espaço de negociação permanente (ex. Mesas de Negociação, onde seja possível a exposição dos conflitos num ambiente de escuta e mediação. Nesse espaço de negociação é necessária a habilidade para lidar com questionamentos. É fundamental, também, institucionalizar as regras e haver comunicação com os trabalhadores.

5. Deve ser desenvolvida uma gestão colegiada de Administração e Remuneração de Pessoal, com representação dos trabalhadores, órgãos de decisão de outras esferas do governo municipal e da sociedade. Este espaço organizará os debates e propostas sobre remuneração e carreiras.

6. É importante profissionalizar os trabalhadores, zelando pela não-precarização das relações de trabalho, independente do tipo de regime jurídico (estatutário ou celetista). Mesmo quando o trabalhador for de outras organizações, deve ser exigida a seleção pública.

7. Deve-se adequar permanentemente as profissões de acordo com as necessidades dos trabalhos. Avaliação do trabalhador deve ser feita pelo Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), que possibilita o seu desenvolvimento na carreira pública.

8. Deve-se cuidar da saúde do trabalhador que é um “cuidador de pessoas”, garantindo-lhe condições de trabalho adequadas, assim como a organização das Comissões Locais de Saúde do Trabalhador e as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA).

9. Deve-se ter um processo contínuo de avaliação do desempenho institucional, que contemple a definição de indicadores, coletiva e solidariamente construídos, para se monitorar a saúde local.

10. Deve-se administrar a situação funcional dos trabalhadores, buscando no cotidiano, implantar as soluções mais simples e com apoio da informática, que agiliza os trabalhos.

Regulamentação:

- Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) – Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943 – Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho, posteriormente ocorrem inúmeras atualizações.

- Lei Complementar nº 101, de 04.05.2000 – Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. (Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF).

- Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002 – Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.



Fique sabendo:

- Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1013.
- Escola Nacional de Administração Pública (Enap) /Ministério do Planejamento, orçamento e Gestão: www.enap.gov.br
- Conselho Nacional de Saúde: <http://conselho.saude.gov.br>
- Fundação Oswaldo Cruz: www.fiocruz.br
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea): <http://www.ipea.gov.br>
- Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho: www.eco.unicamp.br/pesquisa/CESIT
- Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da Central Única dos Trabalhadores: <http://www.cntssc.org.br>

Para saber mais:

BERGUE, ST. Gestão de pessoas em organizações públicas: uma abordagem orientada para a administração pública municipal. Caxias do Sul: Educ; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH/SUS. Brasília: MS; 2003. 112p. [Série J. Cadernos].

DUTRA, JS. Gestão de pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas. São Paulo: Atlas; 2002.

DUTRA, JS. Gestão por competências: um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas. São Paulo: Gente; 2003.

LONGO, F. Mérito e flexibilidade: a gestão das pessoas no setor público. São Paulo: Edições Fundap; 2007.

MOTTA, PR. Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente. Rio de Janeiro: Record; 1994.

REVISTA DO SERVIÇO PÚBLICO, Enap (pode ser acessada pela internet): <http://www.enap.gov.br>

Para reflexão:

1. Quais os vínculos trabalhistas dos trabalhadores em saúde de seu município?
2. Quais as áreas que ficaram descobertas por problemas relacionados à mudança da gestão e Lei de Responsabilidade Fiscal? Quais as consequências atuais deste problema?
3. Como você vai trabalhar estas demandas em sua gestão?



A GESTÃO DA
EDUCAÇÃO
EM SAÚDE

08

Para entender:

Uma das maiores dificuldades que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta é a qualidade da atenção aos usuários. Apesar de ser princípio do SUS o direito de todos à integralidade da saúde, na prática a atenção acontece de modo fragmentado, pois muitas equipes se desresponsabilizam pela continuidade dos atendimentos.

Além disso, enfrentamos muitas vezes uma atenção clínica de baixa qualidade e desrespeito ao usuário. Tradicionalmente, a principal estratégia para se mudar esse cenário é a capacitação, por meio da qual se pretende preencher lacunas de formação e promover a adesão ao uso de protocolos e programas, estimulando modos de cuidar coerentes com os princípios do SUS. Os resultados dessa prática, porém, têm se mostrado insuficientes.

A Educação Permanente em Saúde surge como uma estratégia para se lidar com essa realidade, partindo do reconhecimento que adultos aprendem e aplicam procedimentos novos se são convencidos de que os modos antigos não funcionam; a percepção das insuficiências precisa sair do discurso e ser vivida na prática; os próprios trabalhadores precisam reconhecer e identificar a existência dos problemas em seu universo de trabalho; diferenças de opinião são comuns em equipes e isso deve ser encarado como um ponto de partida na construção de consensos e avanços e não motivo de estagnação e paralização da equipe.

A Educação Permanente em Saúde propõe a implementação pelos municípios de uma série de estratégias educacionais, das simples reuniões de equipe aos processos formais por meio de instituições de ensino, sendo o “apoio institucional” uma ferramenta de grande potencial.

O “apoio institucional” aproxima a gestão do cotidiano das equipes, num processo de educação permanente de mão dupla. É importante que a gestão enfrente os problemas identificados nas conversas, legitimando o espaço e aumentando a confiança dos trabalhadores:

1º passo – Identificar na Secretaria Municipal de Saúde profissionais que tenham perfil adequado ao trabalho como “apoiadores institucionais”. Eles devem estar dispostos ao diálogo, ter experiência como facilitadores de trabalhos em grupo e estar inseridos na gestão. Dependendo de experiência de cada um e da complexidade das unidades de Saúde, um apoiador pode acompanhar uma ou duas UBS, por exemplo.

2º passo – Dar a esses apoiadores ferramentas para o trabalho que vão exercer, por exemplo, um curso de aperfeiçoamento como apoiadores e/ou facilitadores. Existem algumas ofertas do Ministério da Saúde nesse sentido.



3º passo – Identificar um profissional experiente para acompanhar os apoiadores, que também deverá participar da formação ofertada aos trabalhadores.

4º passo – Colocar o processo em marcha. O apoiador deve visitar a UBS que estará acompanhando, conhecer a equipe e seu modo de trabalho. No começo, aparecem muitos problemas administrativos e é importante que sejam enfrentados, de modo eficaz. Vencida essa etapa, é o momento de se pensar no modo como se trabalha e identificar os problemas referentes ao processo de trabalho e também os problemas de saúde da comunidade – como filas, reclamações de usuários e, sobretudo, do que as pessoas mais adoecem e morrem naquela região – analisando o processo cotidiano e avaliando resultados (indicadores de saúde ou de produtividade) ou encaminhamentos feitos. Cada trabalhador tem um olhar diferente e é importante considerar as diferentes visões. A solução deve ser coletiva, produzindo a pactuação por outro modo de cuidar, nascido do diálogo, da negociação e do comprometimento.

5º passo – Financiamento: as demandas de formação identificadas pela gestão devem ser encaminhadas e discutidas na Comissão Intergestores Regional (CIR) ao qual o município pertence. Ali deverá ser pactuada a melhor forma de viabilizar a demanda assim como os recursos necessários. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria 1996/2007) orienta e destina o financiamento de ações de educação na saúde para o SUS para todos os estados e regiões de Saúde.

Regulamentação:

- Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 - Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

- Diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em saúde no Estado de SP, disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/content/croshisted>.

- Resolução SS nº 147, de 30 de outubro de 2008 (Secretaria de Saúde do Estado de SP) – Estabelece a transferência, mediante adesão, de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies). Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.nov.08/iels208/E_RS-SS-147_301008.pdf

Fique sabendo:

- Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS): http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1261

Para saber mais:

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE – ENSP; 2005. Curso “Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde”; inclui quatro cadernos: “Aprendizagem: Integradora”, “Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde”, “Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde” e “Trabalho e Relações na Produção do Cuidado”.

FEUERWERKER, L.C.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

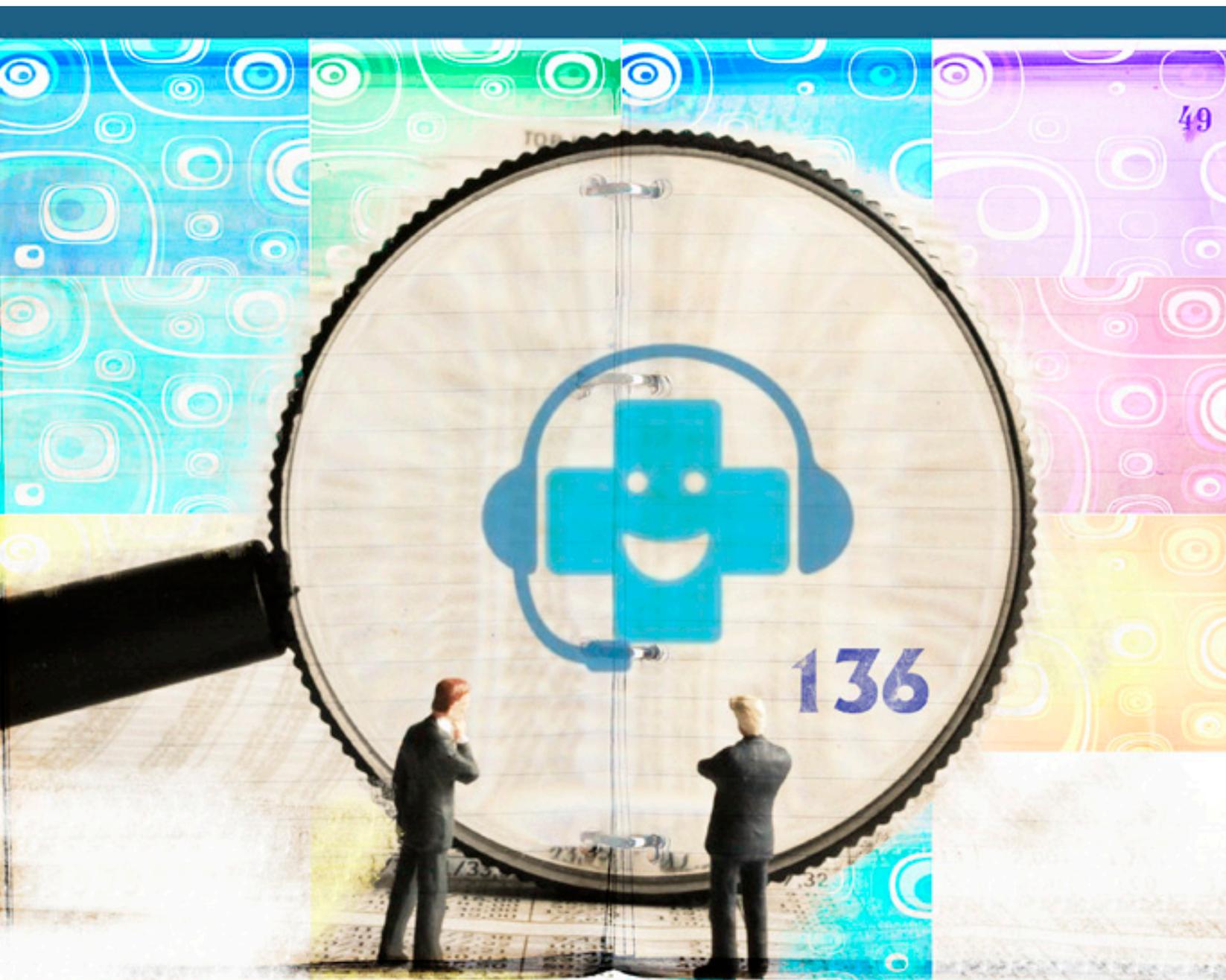
MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002 (principalmente os capítulos 2 e 4 e o Apêndice 1 - ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde).

MERHY, E.E. FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente en Salud. Salud Colectiva, v. 2, p. 147-160, 2006, Buenos Aires, Argentina (a revista pode ser acessada pelo seguinte link: <http://www.unla.edu.ar/public/saludColectivaNuevo/index.php>).

Para reflexão:

1. Você acha importante ampliar os conhecimentos dos trabalhadores em saúde de seu município?

2. Este processo deve considerar o conhecimento atual e a necessidade apontada pelos trabalhadores e gestão locais ou pelas áreas técnicas das outras esferas de gestão do SUS? Como você pretende fazer isto?



49

136

09

A AUDITORIA
E A OUVIDORIA

Auditoria

Para se completar o Planejamento da gestão municipal, é preciso monitorar e avaliar a execução das ações e cumprimento das metas em todas as áreas técnicas da saúde.

O sistema municipal de saúde tem a responsabilidade constitucional de acompanhar o desenvolvimento das ações de todos os serviços municipais de saúde, ligados a administração direta ou indireta, mesmo os prestadores de serviços contratualizados ou contratados.

No caso dos prestadores dos serviços sob a gestão municipal, legalmente o gestor é responsável pela auditoria das contas destes serviços (Art. 18, XI, Lei 8.080). Esta auditoria deve ser física, financeira e qualitativa. Este é um atributo da administração pública previsto no direito administrativo.

Caso o município não execute estas prerrogativas administrativas pode ter suas contas não aprovadas pelos órgãos de auditoria do SUS.

Segundo o art. 42 da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, que estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto na Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

A auditoria no SUS é feita pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), que reúne os componentes de auditoria das três esferas de gestão, conforme previsto no inciso XIX do artigo 16 e § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080/90 e no artigo 6º da Lei 8.689/93.

O SNA é um sistema em construção, ressaltando-se que seu papel deve ser fruto de uma pactuação tripartite.

Na esfera federal o órgão do Sistema Nacional de Auditoria é o DENASUS, que é o responsável pela auditoria no SUS dos recursos de origem federal, entre outras atribuições previstas no Decreto 1.651/95.

A esfera estadual é responsável pela auditoria dos recursos estaduais repassados aos municípios e também de serviços e prestadores localizados no município, desde que



estejam sob a gestão estadual, além das demais atribuições previstas no Decreto 1.651/95.

Nos municípios, o gestor deve estar atento à necessidade de estruturação da auditoria municipal que é obrigatória na existência de prestadores contratados ou contratualizados, sob a gestão municipal, e importante instrumento de gestão, quando existirem apenas serviços próprios dos Municípios.

A avaliação qualitativa e quantitativa e do impacto sobre a saúde da população dos serviços municipais ajudam o gestor em seu planejamento e na adequação de suas ações.

O DENASUS mantém apoio aos municípios que necessitam estruturar a auditoria municipal.

Legislação

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

(...)

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal. (Vide Decreto nº 1.651, de 1995)

(...)

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

[...]

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993

Art. 6º Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 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.

§ 2º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

[...]

Decreto nº 1.651 de 28 de setembro de 1995

Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde - SUS, em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados 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.

Parágrafo único Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

(...)

Art. 5º Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal

a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994;

b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão;

d) os sistemas estaduais de saúde;

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual

a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;

- b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;*
 - c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;*
 - d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;*
 - e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;*
- III - no plano municipal:*
- a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;*
 - b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados;*
 - d) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.*

Informações

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

Para reflexão

- O seu município tem componente de auditoria instalado? Que ações são realizadas?
- Você tem utilizado a auditoria para avaliar sua gestão e para auxiliá-lo no planejamento da saúde no seu município e na correção de eventuais falhas?



OUVIDORIA

20

A ouvidoria é um espaço de cidadania e um instrumento democrático que pode contribuir de forma significativa com a gestão do SUS. Trata-se de um local de livre manifestação para os cidadãos usuários do SUS colocarem suas reclamações, sugestões, solicitações, denúncias, elogios, como também para solicitar informações relativas à saúde.

Neste espaço o gestor pode ter acesso rápido e direto às opiniões dos cidadãos, e por meio de comentários e manifestações pode conhecer o grau de aceitação e resolutividade dos serviços municipais de saúde, o que pode lhe permitir uma avaliação para uma possível tomada de decisão.

Os municípios que implantam serviço de ouvidoria referem um aumento em sua capacidade de interferir na qualidade dos seus serviços, na melhoria do acesso e, na busca da satisfação do usuário e, conseqüentemente na garantia do direito à saúde. Importante destacar que a resposta rápida e precisa às demandas encaminhadas pelos cidadãos à ouvidoria, torna-se imprescindível para garantir ao serviço e à gestão a seriedade e a credibilidade necessária ao seu bom desempenho.

Existem ouvidorias no Ministério da Saúde, nas secretarias estaduais e em boa parte dos municípios.

A gestão municipal se completa com a auditoria e ouvidoria municipais.

Para reflexão:

1. Qual a importância da avaliação para a gestão?
2. Qual a importância social da ouvidoria?
3. Como você utilizaria a ouvidoria como ferramenta de gestão?

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

21



A equidade no acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde – SUS tem sido discutida a partir da premissa de que o direito à assistência integral farmacêutica implica a partilha entre os entes federativos das responsabilidades legais do Estado, de propiciar o acesso igualitário e universal aos medicamentos e procedimentos terapêuticos para a assistência integral à saúde dos cidadãos.

A necessidade de apontar aos gestores um rumo para a área resultou na formação de um grupo de profissionais que atuavam na mesma, o qual discutiu os principais aspectos relacionados aos medicamentos no país. Estabeleceu-se, como resultado dessas discussões, a Política Nacional de Medicamentos – PNM, publicada pela Portaria GM/MS nº. 3916, em 1998 (Brasil, 1998). Esta Política estabelece as diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, tendo como finalidades principais (Brasil, 1998):

- A garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos.
- A promoção do uso racional dos medicamentos.
- O acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

A PNM apresenta, ainda, um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, quais sejam: Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais; Regulamentação sanitária de medicamentos; Reorientação da Assistência Farmacêutica; Promoção do uso racional de medicamentos; Desenvolvimento científico e tecnológico; Promoção da produção de medicamentos; Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (Brasil, 1998).

Um aspecto importante a ser mencionado em relação à PNM é a explicitação do caráter sistêmico e multidisciplinar da Assistência Farmacêutica, definindo-a como:

“[...] Grupo de atividades relacionadas com o medicamento e destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos” (Brasil, 1998).

Para alcançar um dos objetivos prioritários estabelecidos pela PNM, relacionado à reorientação da Assistência Farmacêutica, faz-se necessário promover a descentralização da sua gestão, o desenvolvimento de atividades para assegurar o uso racional dos medicamentos e ações que aperfeiçoem e tornem eficaz o sistema de distribuição no setor público e iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos.

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

“[...] Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (Brasil, 2004).

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica no SUS deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos a manutenção e a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações (Brasil, 2004).

No campo das políticas setoriais, tem-se a *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS* (PNPIC) regulamentada pela Portaria nº 971, GMS, de 03/05/2006 (Brasil, 2006a), que contempla sistemas médicos complexos [compreende-se por Sistemas Médicos Complexos as abordagens do campo das PIC que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica] e recursos terapêuticos [compreende-se por recursos terapêuticos aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos]; os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa.

Tem-se, ainda, a Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos regulamentada pelo Decreto nº 5.813, de 22/06/2006 (Brasil, 2006b), que estabelece as diretrizes e linhas prioritárias para o desenvolvimento de ações pelos diversos parceiros em torno de objetivos comuns voltados à garantia do acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos em nosso país, ao desenvolvimento de tecnologias e inovações, assim como, o fortalecimento das cadeias e dos arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do Complexo Produtivo da Saúde.

Para entender:

Os medicamentos são substâncias que devem atuar em benefício da saúde do indivíduo. Possuem papel de recuperar a saúde; aliviar sintomas de mal estar; diminuir riscos de doenças crônicas; auxiliar no diagnóstico de doenças; prevenir doenças, entre outros. No entanto, o seu uso inadequado produz sérias consequências na saúde dos indivíduos (Marin et al., 2003).

A assistência terapêutica integral, assegurada pelo artigo 6º da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990a; 1990b), que abrange a assistência farmacêutica tem sido nos últimos anos, foco de reflexões e debates, entre gestores, profissionais, poder judiciário e outros atores, no que se refere ao princípio da integralidade; aos critérios de incorporação de tecnologias em saúde e a disponibilidade dos medicamentos para a população.

Embora o modelo de atenção preconizado pelo SUS explicita a necessidade da promoção do uso racional de medicamentos, com certeza, o acesso aos medicamentos, é importante alvo de preocupação para todos esses atores. Cada um, segundo seu papel e responsabilidades, dá maior ou menor importância às diferentes ações para garantir esse acesso (Brasil, 1998; 2004). Ou seja, é fundamental entender a Assistência Farmacêutica (AF) na sua totalidade.

A Assistência Farmacêutica – AF constitui a rede de atenção à saúde, com foco na garantia do acesso e do uso racional de medicamentos (Gomes et al., 2010; Soler, 2010; Mendes, 2011). Compreendem-se

como componentes da AF a gestão técnica da assistência farmacêutica e a gestão clínica do medicamento (Correr, Otuki e Soler, 2011).

A gestão técnica da assistência farmacêutica se caracteriza como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no uso racional de medicamentos, ou seja, na produção, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos (Gomes et al., 2010; Soler, 2010; Correr, Otuki e Soler, 2011).

A gestão clínica do medicamento está relacionada com a atenção à saúde e aos resultados terapêuticos efetivamente obtidos, tendo como foco principal o usuário. Configura-se como uma atividade assistencial fundamentada no processo de cuidado. O medicamento deve estar disponível no momento certo, em ótimas condições de uso e deve ser fornecido juntamente com informações que possibilitem sua correta utilização pelo usuário (Gomes et al., 2010; Soler, 2010; Correr, Otuki e Soler, 2011).

O medicamento não deve ser o foco central e nem as ações logísticas devem ocupar o único esforço da organização da AF pelo Sistema Único de Saúde (SUS), devendo o usuário ser o foco central de ação, com a garantia das ações técnico-gerenciais e técnico-assistenciais. As ações técnico-gerenciais são estruturadas para dar conta da logística do ciclo do medicamento, enquanto as ações técnico-assistenciais têm como foco central de ação o usuário e como ator principal o farmacêutico (Gomes et al., 2010; Soler, 2010; Mendes; Correr, Otuki e Soler, 2011).

Para tanto, a terapêutica com uso racional de medicamentos pressupõe ações integradas e articuladas. De acordo com a World Health Organization (2003), o uso racional de medicamentos ocorre “[...] quando os pacientes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses adequadas e individualizadas, pelo período de tempo requerido e a um custo razoável, para eles e sua comunidade”. A aplicação desse conceito é obrigatória para a ampliação e qualificação do acesso aos medicamentos e, indispensável para se cumprir os princípios da universalidade, integralidade e equidade da saúde, também na assistência farmacêutica.

O papel dos gestores municipais na Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica vem sendo implementada de forma articulada pelos municípios, estados e União, onde as pactuações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) acontecem com o objetivo de organizar esta política e ampliar o financiamento, de atualizar os elencos dos medicamentos, de estabelecer as formas para sua gestão e execução, definindo as questões relacionadas à sua estruturação e qualificação, e também para estabelecer um novo ordenamento na forma de acesso aos medicamentos. Quando o conjunto de ações é bem executado, potencializa-se a melhoria da qualidade da AF, a racionalização dos gastos e consumo de medicamentos.

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (PNM), no âmbito municipal, caberá à Secretaria Municipal de Saúde ou ao organismo correspondente:

- Coordenar e executar a Assistência Farmacêutica – AF no seu âmbito;
- Associar-se a outros Municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da assistência farmacêutica;

- Promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- Treinar e capacitar recursos humanos para cumprimento das responsabilidades do Município no que se refere a esta Política;
- Coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Laboratórios de Saúde Pública;
- Implementar ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- Assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- Definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- Assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do Estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna.
- Adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do Município.
- Utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do Município. Investir na infraestrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

Portanto, o papel dos gestores municipais é importante para que a Assistência Farmacêutica, parte fundamental da atenção à saúde, seja implementada no SUS.

O gestor também deverá garantir um capítulo específico no Plano Municipal de Saúde, no qual explicita as prioridades, estratégias, metas, ações e recursos, bem como as atividades a serem desenvolvidas para a estruturação e organização da assistência farmacêutica, o elenco a ser gerenciado e os recursos humanos a serem disponibilizados. Esses são elementos essenciais para as programações anuais e para posterior análise, por intermédio do relatório de gestão, do desenvolvimento das ações previstas em função das metas programadas.

Ações mínimas sugeridas para o gestor municipal organizar a assistência farmacêutica no município:

- Institucionalizar a Assistência Farmacêutica (AF) no organograma da Secretaria Municipal de Saúde;
- Elaborar planejamento das ações de AF, inserindo-as no Plano Municipal de Saúde;
- Coordenar a estruturação e organização dos serviços de AF;
- Avaliar as ações de AF (monitoramento por meio de indicadores);
- Regularizar a situação dos serviços de AF perante o CRF e VISA local;
- Assegurar a contrapartida municipal para a Assistência Farmacêutica;
- Instalar uma farmácia central com área adequada para atendimento;

- Implantar sistema informatizado de controle das atividades da AF;
- Dispor de Recursos Humanos para a execução e organização da AF.

Ações preconizadas para a Gestão Técnica da Assistência Farmacêutica:

Estruturar e organizar a logística da Assistência Farmacêutica, tendo como componentes:

- Seleção – Etapa em que se padronizam os medicamentos, considerando os seus valores terapêuticos comprovados e a literatura científica disponível. Os medicamentos selecionados devem ser aqueles com eficácia e segurança comprovadas, ao melhor custo possível. São referências, neste processo, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). A gestão municipal deve divulgar a lista selecionada - disponível no Formulário Terapêutico Nacional (FNT) - para todos os prescritores, e informar sobre sua utilização.

- Programação – O gestor municipal deve implantar um bom sistema de controle de estoques, prevendo os recursos financeiros e orçamentários a serem empregados. Deve se dispor dos medicamentos selecionados, nas quantidades necessárias e no tempo oportuno, o que exige a organização de uma logística eficiente.

- Aquisição – O gestor deve implantar mecanismos para garantir: avaliação dos fornecedores; controle dos estoques, integrado com controle orçamentário e financeiro; modalidades adequadas de licitação; editais cumprindo as exigências técnicas e administrativas. Para ganhos de escala podem ser estabelecidos consórcios intermunicipais para a compra de medicamentos ou negociação para inclusão do município nas atas de registro de preços do Estado. Deve-se, atentar para as regulamentações específicas, em especial a Lei Federal nº 8.666 (Brasil, 1993) e o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Brasil, 2012).

- Armazenamento e distribuição – O armazenamento de medicamentos deve ser feito em áreas físicas apropriadas, respeitando as Boas Práticas de Armazenamento e Estocagem e as exigências especificadas pelo fabricante, o que coloca a necessidade de um projeto técnico adequado. Minimizar os estoques e maximizar seu giro tem se mostrado como uma prática que torna mais eficientes o armazenamento e a distribuição. Para preservar a qualidade, a identidade e a integridade dos medicamentos distribuídos, o transporte deverá obedecer a critérios adequados, conforme legislação vigente. A vigilância quanto à qualidade dos medicamentos cabe à autoridade reguladora (ANVISA, no nível federal, e órgãos de Vigilância Sanitária. VISAs estaduais e municipais).

- Dispensação – A dispensação é um momento de esclarecimento e sensibilização do usuário para a importância do cumprimento integral do tratamento proposto, complementando as orientações do prescritor. Os medicamentos devem ser entregues ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e com as informações para uso correto, tais como: doses, horários, quantidades, duração do efeito, como preparar e administrar, reações, interações, precauções, automonitoramento. A embalagem

e a rotulagem devem ser corretas, com adequada preservação e inequívoca identificação do medicamento.

Ações preconizadas para a Gestão Clínica do Medicamento:

Inicialmente, destaca-se, que a abordagem da assistência farmacêutica é centrada no

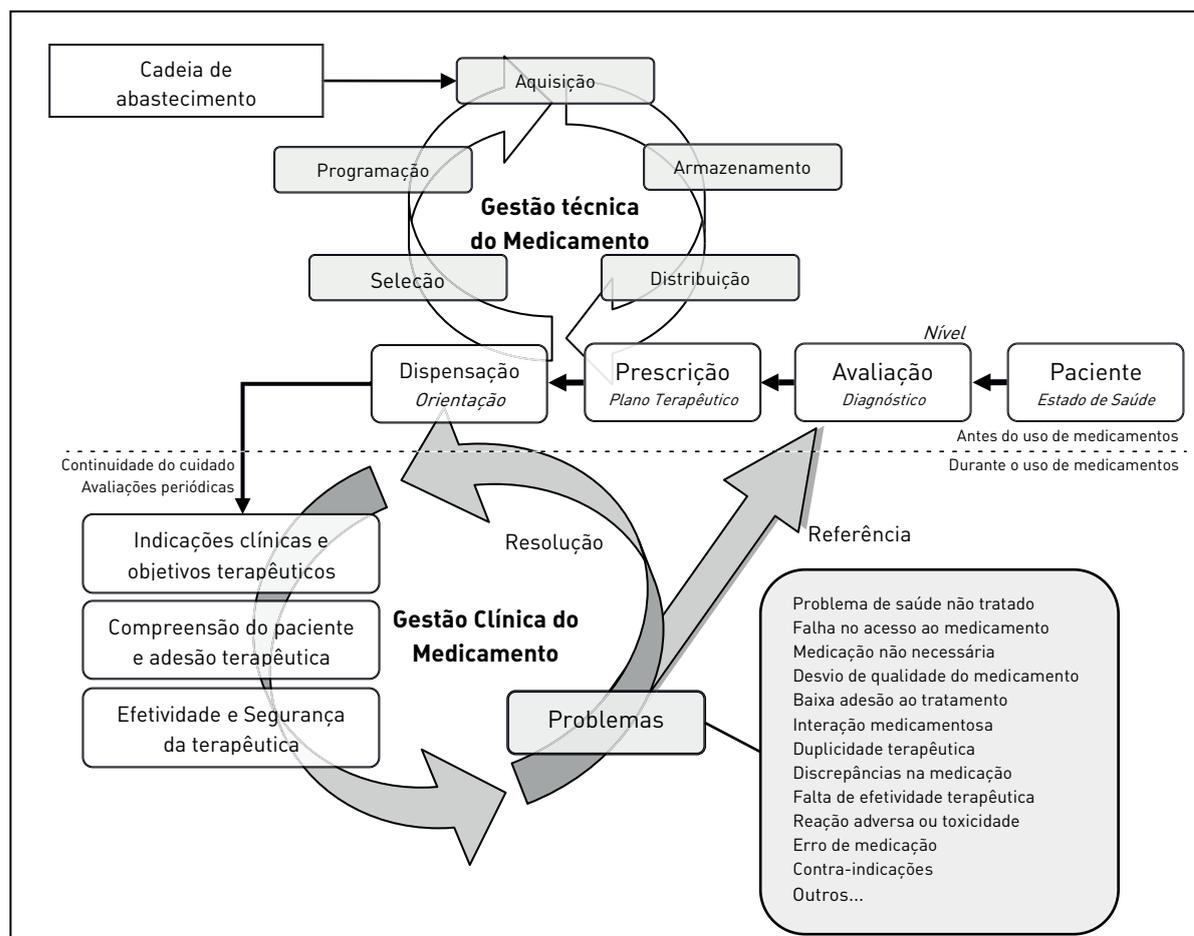


FIGURA 1 – Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde.

Fonte: Correr, Otuki e Soler (2011).

paciente e não o medicamento (Figura 1 - Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde).

O farmacêutico pode integrar a equipe da Estratégia de Saúde da Família através dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e, tem as suas funções ampliadas, respeitando os estatutos profissionais legais. Nesta perspectiva, sugere-se que as ações da Assistência Farmacêutica sejam centradas:

- Acompanhamento da adesão que visa medir o grau de adesão do paciente ao tratamento farmacológico, identificando os fatores que condicionam a não adesão. A partir daí, se estabelece um pacto com os pacientes (usuários) para o cumprimento do plano geral de cuidados;

- Dispensação especializada onde o farmacêutico realiza a entrega dos medicamentos pessoalmente, de forma reservada e conforme um sistema pré-fixado, aos pacientes (usuários) de primeiro diagnóstico, nova prescrição, dificuldade de adesão ou os encaminhados pelo médico. Também são agendados retornos para um melhor acompanhamento destas pessoas;
- Conciliação de medicamentos como método utilizado para racionalizar o uso de medicamentos, diminuindo assim a possibilidade de erros quando o paciente se encontra em pontos de transição dos níveis de assistência à saúde;
- Gestão de caso como ação desenvolvida em conjunto com outros membros da equipe de saúde, é dirigida aos pacientes (usuários) com problemas de adesão ao tratamento ou com elevado grau de risco;
- Atendimento farmacêutico à demanda espontânea que tem como finalidade avaliar, orientar, ajudar e educar pacientes (usuários) com dúvidas ou problemas em relação aos medicamentos, a partir de demanda espontânea ou agendamentos;
- Participação em grupos operativo-educativos para proporcionar informações sobre o uso racional de medicamentos e sanar dúvidas sobre sua perspectiva dos tratamentos, integrando-se efetivamente à equipe de saúde;
- Visitas domiciliares para acompanhar de perto os casos clínicos participando com a equipe multidisciplinar das visitas domiciliares.

Financiamento da Assistência Farmacêutica e instrumentos de gestão:

O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes (Brasil, 2011):

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica: destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção;
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: financiamento para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida, entre elas a tuberculose; hanseníase; malária; leishmaniose; doença de Chagas; e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais dos Programas de DST/AIDS; hemoderivados; e dos imunobiológicos. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 3237/2007, relacionada à regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a partir de janeiro de 2008, passam a integrar este componente os medicamentos para os programas de combate ao tabagismo e de alimentação e nutrição. Este componente é financiado pelo Ministério da Saúde;
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: este componente aprimora e substitui o Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional, e tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Estes PCDT estabelecem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias contempladas e a instância gestora responsável pelo seu financiamento.

Registra-se, que o Decreto nº 7.508 de 28/06/11 (Brasil, 2011) dispõe sobre a organização,

o planejamento, a assistência à saúde e a articulação interfederativa do SUS. Entretanto, a definição das políticas de produção pública, a aquisição, a prescrição, a dispensação e a utilização dos medicamentos no âmbito do SUS são pautadas na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, no Formulário Terapêutico Nacional (FTN) e nos Protocolos Clínicos e de Diretrizes Terapêuticas (PCDT). A inclusão, exclusão de medicamentos ou qualquer alteração nos PCDT, são definidas na Lei nº 12.401 de 28/04/11, que dispõe da assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias no SUS e instituiu a CONITEC. No contexto da descentralização, os estados e municípios podem definir suas listas locais (Lista Estadual pactuada na CIB – RESME, Lista Municipal – REMUME); idealmente sempre com base na RENAME.

A gestão da AF deverá seguir estritamente o que está preconizado nas portarias de financiamento, obedecendo ao normatizado pelas Portarias GM/MS nº 4217/10 (aprova as normas de financiamento e execução do componente básico – medicamentos de uso ambulatorial na atenção básica e insumos para o monitoramento da Diabetes) e nº 2981/09 atualizada pela Portaria GM/MS nº 3.439 (aprova as normas de financiamento e execução do componente especializado).

Para gerenciar a AF e aperfeiçoar as ações técnico-gerenciais e técnico-assistenciais, é fundamental a utilização de sistemas de gestão e informação que permitam o controle de estoques, agendamento das dispensações, a rastreabilidade dos medicamentos (entrada, saída, distribuição e dispensação), perfil de utilização dos medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, Indicadores de monitoramento e avaliação. Nesta direção, o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza gratuitamente o Sistema Nacional de gestão da Assistência Farmacêutica – HORUS, concebido para qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica, possibilitando a realização eletrônica de todas as etapas envolvidas na execução da mesma.

As ações e estratégias aqui sugeridas potencializam a integração da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde (RAS) como uma ação e serviço de saúde. Nesse contexto, foi pactuada e publicada a Portaria nº 1.214/GM/MS, de 14 de junho de 2012 que institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS).

O QUALIFAR-SUS tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada. O conjunto de ações previstos nos seus quatro eixos estruturantes (Eixo Estrutura, Educação, Informação e Cuidado) objetivam atender as diretrizes norteadoras e qualificar a Assistência farmacêutica.

- Ministério da Saúde (MS): <http://www.saude.gov.br>
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): <http://www.anvisa.gov.br>
- Organização Panamericana de Saúde (OPAS): <http://www.opas.org.br>

Para saber mais:

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7). ISBN: 978-85-89545-67-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma

proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 74 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

Gomes CAP, Fonseca AL, Rosa MB, Machado MC, Fassy MF, Silva RMC, et al. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves; 2010.

Marin N. (org.) Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. [373]p., ilus.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

Para reflexão:

1. Como está organizada a assistência farmacêutica em seu município?
2. Qual a participação financeira do município nesta assistência, considerando todos os gastos?
3. No campo da Sustentabilidade em Saúde existem três premissas básicas para o campo da Assistência Farmacêutica: Eficácia dos fármacos; Efetividade dos medicamentos; Eficiência dos serviços. A partir destas premissas e fundamentado na promoção do uso racional de medicamentos e na melhoria da qualidade de vida dos usuários, como você pretende aperfeiçoar a Assistência Farmacêutica em seu município?

Principais regulamentações:

- Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, Presidência da República. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos e dá outras providências;
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;
- Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999; Presidência da República. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências;
- Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
- Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria GM nº 698, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde. Define que o custeio das ações de Saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006, aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS;
- Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que 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;



- Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008, aprova o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos;
- Portaria nº 3.176/GM/MS, de 24 de dezembro de 2008, republicada no Diário Oficial da União em 11 de janeiro de 2010, que aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde;
- Portaria nº 886, de 20 de abril de 2010, institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Portaria nº 1214, de 13 de junho de 2012, que institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Portaria nº 1.215, de 13 de junho de 2012. Institui transferência de recurso para o Eixo Estrutura do QUALIFAR-SUS. Diário Oficial [da União]. Brasília, DF 14 junho 2012;
- Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012, institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM);
- Portaria nº 533, de 28 de março de 2012, estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- Resolução nº 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos;
- Resolução - RDC nº 39, de 2 de setembro de 2010, aprova a Farmacopeia Homeopática Brasileira, terceira edição e dá outras providências;
- Resolução - RDC nº 60, de 10 de novembro de 2011, que aprova o Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, primeira edição e dá outras providências;
- Resolução nº 01 de 17 de janeiro de 2012, que estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Referências

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, mar. 1986. Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade - reformulação do sistema nacional de saúde. Brasília. Centro de Documentação. 1986. 429 p.

Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil – 1988. Brasília: Centro de Documentação. 1988. 221 p.

Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU. de 20 de setembro de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 1990. Regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS: serviços complementares. Brasília. Centro de Documentação. 1990. 58 p.





Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 8666, 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.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 10 de novembro de 1998.

Brasil. Lei Federal nº 9.787. 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 26 de setembro de 1976, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da República Federativa do Brasil, de 11 de fevereiro de 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Brasília, 15 a 18 de setembro de 2003. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 74 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Decreto nº 5.813, de 22/06/2006. Regulamenta a Política de Plantas Medicinal e Fitoterápica. Brasília. DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Portaria nº 971, GMS, de 03/05/2006. Regulamenta a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Brasília. DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7). ISBN: 978-85-89545-67-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologias e Insumos Estratégicos. Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica. 2012. Brasília. DF.

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

Gomes CAP, Fonseca AL, Rosa MB, Machado MC, Fassy MF, Silva RMC, et al. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves; 2010.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

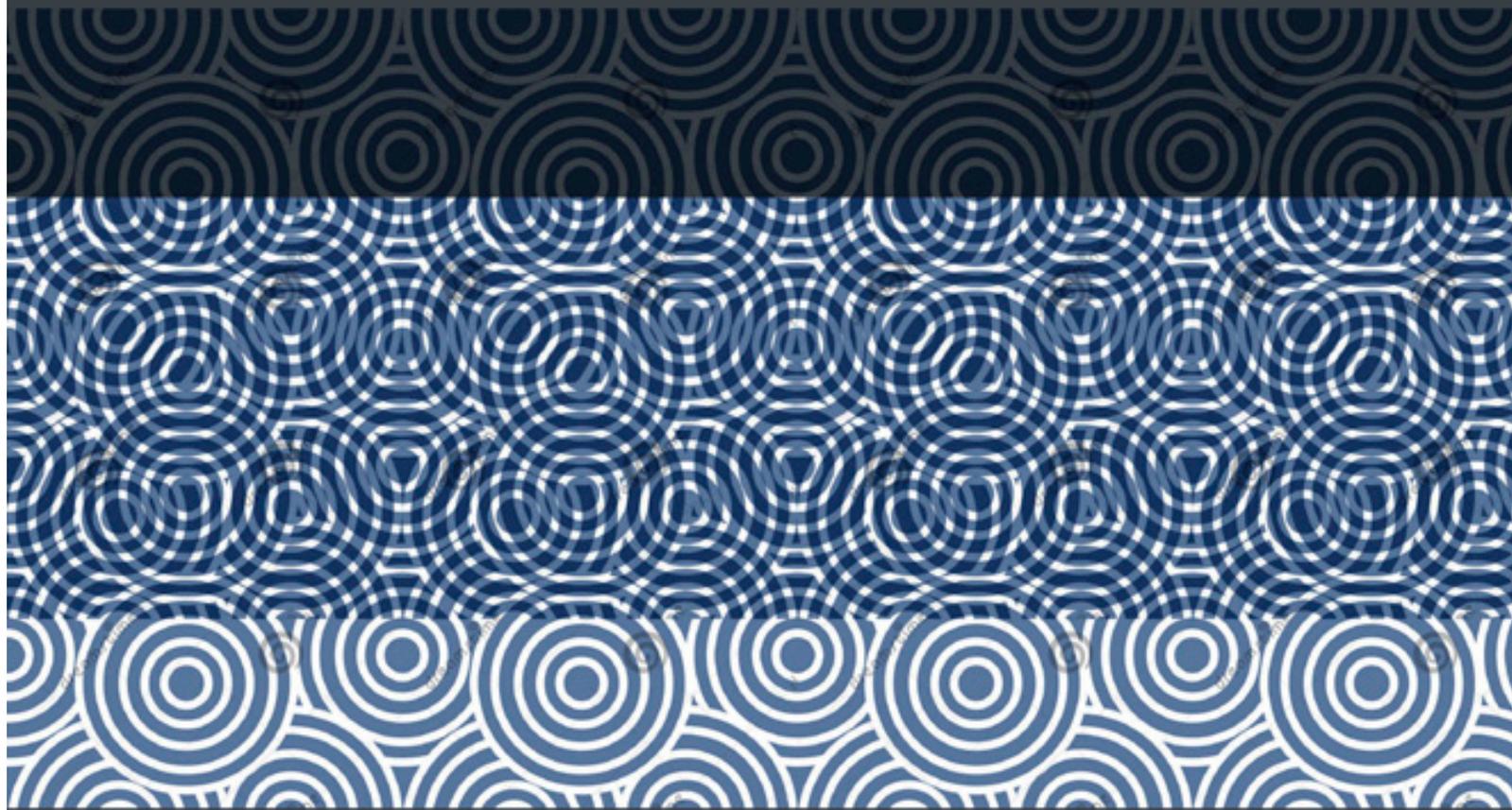
Soler O, Rosa MB, Fonseca AL, Fassy MdF, Machado MC, Silva MGC, et al. Assistência Farmacêutica Clínica na Atenção Primária à Saúde por meio do Programa Saúde da Família. Rev Bras Farm. 2010;91(1):37-45.

World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines. nº 5; Sept. 2002. 6p.

Marin N. [org.] Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. [373]p., ilus.

22

CONTATOS



SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS

fone: (61) 3315-2839/ e-mail da Secretaria: gabinete.sctie@saude.gov.br

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA Fone: (61) 3315-3410/4149

DEPARTAMENTO DE ECONOMIA DA SAÚDE Fone: (61) 3315-3682

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS Fone:
(61) 3315-3410/4162/4161 E-mail:daf@saude.gov.br

SECRETARIA EXECUTIVA

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bl. "G", 3º andar, sala 305, Brasília-DF, Cep:
70058-900 Tel: (61) 3315-9263 /9262 Fax: (61) 3315-9264 E-mail: gabinete.se@saude.gov

Chefia de Gabinete Tel: (61) 3315-2788 / 2789 Fax: (61) 3315-2680

Subsecretaria de Assuntos Administrativos (SAA) Endereço: Esplanada dos Ministérios,
Bl. "G" Anexo-A, 3º andar, sala 307, Brasília-DF, Cep: 70058-900 Tel: (61) 3315-6910 / 6920
Fax: (61) 3315-2523

Coordenação Geral de Gestão e Planejamento Logístico em Saúde (CGGPL) Fone: (61)
3315-2404 / 3164 Fax: (61) 3315-2288

Coordenação Geral de Recursos Humanos (CGRH) Tel: (61) 3315-2505 / 2679 Fax: (61)
3315-2706

Coordenação Geral de Documentação e Informação (CGDI) Tel: (61) 3315-2203 / 3881
Fax: (61) 3321-3731

Coordenação Geral de Modernização e Desenvolvimento e Institucional (CGMDI) Tel: (61)
3315-2220 Fax: (61) 3315-2518

Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO). Endereço:

Esplanada dos Ministérios, Bl. "G", 2º andar, sala 253, Brasília-DF, Cep: 70058-900 Tel:
(61) 3315-2243 / 2051 Fax: (61) 3224-9568

Coordenação Geral de Orçamentos e Finanças (CGOF) Tel: (61) 3315-3342 / 2243

Coordenação Geral de Planejamento (CGPL) Tel: (61) 3315-2677

FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (FNS) Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bl. "G",
Anexo-A, 2º andar, sala 205, Brasília-DF, Cep: 70058-900

Diretoria Executiva Tel: (61) 3315-2777 / 2927 Fax: (61) 3225-2359

Chefia de Gabinete Tel: (61) 3315-2777

Coordenação Geral de Acompanhamento e Prestação de Contas (CGAPC) Tel: (61) 3315-
3677 / 3844 Fax: (61) 3315-3844

Coordenação Geral de Execução Orçamentária, Financeira e Contábil (CGEOFC) Tel: (61)
3315-2650 Fax: (61) 3315-3024

Coordenação Geral de Análise Formalização e Investimento (CGAFI) Tel: (61) 3315-2602
/ 2429 Fax: (61) 3315-4263

SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA Esplanada dos Ministérios - Esplanada dos Ministérios - Ministério da Saúde Bloco G Edifício Sede - 2º andar 70058-900, Brasília, DF Tel.: (61) 3315-3616/3326 Fax: (61) 3322-8377 E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS) Endereço DF: Esplanada dos Ministérios, Bl "G", Anexo-A, 1º andar, sl 107, Brasília-DF, Cep: 70058-900 Tel: (61) 3315-2796 / 2764 Fax: (61) 3221-4787

DEPARTAMENTO DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA Tel.: (61) 3315-3594

DEPARTAMENTO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS Tel.: (61) 3315-8886/8851

DEPARTAMENTO DE OUVIDORIA GERAL DO SUS Tel.: (61) 3315-8860

DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS Tel.: (61) 3315-7937

DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA - (DAI) Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bl. "G", 3º andar, sala 351, Brasília-DF, Cep: 70058-900 Tel: (61) 3315-3093/2649

Coordenação Geral de Cooperação Interfederativa - (CGCI) Tel: (61) 3315-3651

Coordenação Geral de Contratualização Interfederativa - (CGCOI) Tel: (61) 3315-3799 Fax: (61) 3226-9737

Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa-(CGAIG) Tel: (61) 3315-2928 Fax: (61) 3226-9737

Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) Tel: (61) 3315-7955/7954 Fax: (61) 3226-9737

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SVS Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 105 - Brasília/DF CEP: 70058-900 (61) 3315 3777

Chefe de Gabinete (61) 3315 3706

Apoio do Gabinete - Prestação de Contas de Passagens Aéreas Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 112 - Brasília/DF Cep 70058-900 E-mail: passagem.svs@saude.gov.br (61) 3315 3655

Núcleo de Comunicação da SVS - NUCOM/GAB/SVS Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 134 - Brasília/DF Cep 70058-900 (61) 3315-3906

Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento – CGPLO Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 104 - Brasília/DF Cep 70058-900 (61) 3315 3382

Departamento de Atenção Vigilância a Saúde – DAGVS SCS Qd. 04 - BLOCO "A" Ed. Principal - 1º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 Unidade VI - Ministério da Saúde (61) 3213 8001

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE-(DEGEVS) Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 110 - Brasília/DF Cep 70058-900 (61) 3315-3640

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS – DEVEP Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 155 - Brasília/DF Cep 70058-900 (61) 3315 3646

Coordenação Geral da Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE) SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 3º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 E-mail: cghde@saude.gov.br (61) 3213 8189

Programa Nacional de Controle da Malária – PNCM Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 151 - Brasília/DF Cep 70058-900 (61) 3315 3277

Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 141 - Brasília/DF Cep 70058-900 (61) 3315 2755

Programa Nacional de Hepatites Virais – PNHV SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8292 /3213-8293/8300

Programa Nacional de Controle de Tuberculose – PNCT SCS Quadra 4 Bloco A - Ed. Principal 3º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213-8021/8080 - Fax: (61) 3213 8215

Programa Nacional de Imunizações – PNI SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8296 / 8297

PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS SAF-SUL Trecho 02 Ed. Premium Torre 1 Térreo Sala - 10/DF Cep ;70070-600 - Ministério da Saúde (61) 3315-7737/7778

DEPARTAMENTO DE ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE – DASIS Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, 1º andar, sala 148 - Brasília/DF Cep 70058-900 (61) 3315 -7101

Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes - GT-DER SCS Quadra 04, Bloco “A”, Edifício Principal - 6º andar, sala - Brasília/DF Cep 70304-000 E-mail: gtder@saude.gov.br 61 3213 8084

Gerência Técnica do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - GT-SINAN Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede 1º andar - Sala 131, Brasília/DF Cep 70058-900 (61) 3315 3661

Programa de Treinamento Aplicado aos Serviços do SUS – EPISUS SCS Quadra 04, Bloco “A”, Edifício Principal - 6º andar, sala - Brasília/DF Cep 70304-000 E-mail: episus@saude.gov.br (61) 3213 8290

Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica – CGIAE Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede 1º andar - Sala 150, Brasília/DF Cep 70058-900 (61) 3315 3191 / 3192

Unidade Técnica de Vigilância das Doenças Transmitidas por Vetores –UVHA SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8095

Unidade Técnica de Vigilância das Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar – UVHA SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8190

Unidade Técnica de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis – UTVDTRI SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8092

Coordenação Geral das Doenças Transmitidas por Vetores – CDTV SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8093

Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 3º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8193 / 8192

Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis – CGDT SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 4º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8294

Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis – CGDANT Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, sala 142 Brasília-DF CEP: 70058-900 -mail: cgdant@saude.gov.br (61) 3315 3784

Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 6º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8081

Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – COSAT SCS Quadra 04 Bloco A Edifício Principal - 6º andar - Brasília/DF Cep 70304-000 (61) 3213 8081

Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde – CIEVS Esplanada dos Ministérios, Bloco “G”, Ed. Sede, sala 121 - Brasília - DF CEP: 70.058-900

Disque Notifica: 0800-644-6645 - E-mail: notifica@saude.gov.br - FAX: (61) (61) 3315 3899

Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços - CGDEP/SVS/MS Setor Comercial Sul - Quadra 04 - Bloco A - Ed. Principal - 5º Andar - Brasília/DF Cep: 70304-000 (61) 3213 8387 / 3213 8393 / 3213 8392 / 3213 8394

Centros Vinculados à SVS:

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz - site: www.fiocruz.br - (21) 2598-4242

Instituto de Tecnologia e Imunobiológicos – CENADI Bio-Manguinhos site:www.bio.fiocruz.br/interna/vacinas_distribuicao.htm E-mail: info@bio.fiocruz.br. (21) 3882-9393

Instituto Evandro Chagas – IEC Site: www.iec.pa.gov.br E-mail: contato@iec.pa.gov.br (91) 3226 7732 / 3211 4407

Centro de Referência Professor Hélio Fraga – CRHF. Site: www.coppe.ufrj.br/recope/tecsub/crhf/ (21) 2441 0392 / 2448 6811

Centro Nacional de Primatas – CENP. Site: www.mentoronline.com.br/cenp (91) 3255 3774 / Fax: (91) 3265 1837

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (SGTES) Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 705 Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900 telefones: (61) 3315.2224 - 3315.2248 - 3315.2061 Fax: (61) 3226.0063 E-mail: sgtes@saude.gov.br

DEPARTAMENTO DE GESTÃO E DA REGULAÇÃO DO TRABALHO (DEGERTS) Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, sala 751 Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900 Telefones: (61) 3315.2550 - 3315.3767 Fax: (61) 3315.2345 E-mail: degerts@saude.gov.br

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE (DEGES) Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 717 Zona Cívico-Administrativa - Brasília/DF - 70058-900 Telefones: (61) 3315.3394 - 3315.2189 Fax: (61) 3315.2974 E-mail: degges@saude.gov.br

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS Tel.: 3315.2626/3315.2627

Assessoria aos Estados e Municípios Tel.: 3315.2949

Política Nacional de Humanização – PNH Tel.: 3315.9130

Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no SUS – QualiSUS Tel.: 3315.9224/9207

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA – DAE Tel.: 3315.2718

Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar Tel.: 3315.6153/3315.6166

Coordenação-Geral de Urgência e Emergência Tel.: 3315.9221
Coordenação-Geral de Média Complexidade Tel.: 3315.6176/6168
Coordenação-Geral de Alta Complexidade Tel.: 3315.6176
Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplante Tel.: 3315.9212/9213
Coordenação-Geral de Sangue e Hemoderivados Tel.: 3315.6149/6148/6178
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE – DRAC Tel.: 3315.5812 -
3315-5870
Coordenação-Geral de Gestão de Sistemas Tel.: 3315.2691
Coordenação-Geral de Sistemas de Informação Tel.: 3315.2698
Coordenação-Geral de Suporte Operacional de Sistemas e Programação Assistencial Tel.:
3315.2719
Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação Tel.: 3315.2817
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB Tel.: 3315.9090
Coordenação de Acompanhamento e Avaliação Tel.: 3315.9098
Área Técnica de Saúde Bucal Tel.: 3315.9055
Programa Nacional de Hipertensão Arterial e Diabetes Melittus Tel.: 3315.9042
Área Técnica de Alimentação e Nutrição Tel.: 3315-9004/9051
Programa de Valorização dos Profissionais na Atenção Básica (PROVAB) Tel.: 3315.2189/
3315.2598/3326-4668

DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS – DAPE Tel.: 3315.9114 -
3315.9127
Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Tel.: 3315.9101
Área Técnica de Saúde do Homem Tel.: 3315.6222
Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Tel.: 3315.9070 E-mail: crianca@
saude.gov.br
Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem Tel.: 3315.6233
Área Técnica de Saúde da Mulher Tel.: 3315.9101 E-mail: saude.mulher@saude.gov.br
Saúde no Sistema Penitenciário Tel.: 3315.9136 E-mail: sprisonal@saude.gov.br
Área Técnica de Saúde Mental Tel.: 3315.9140/9143/9144 E-mail: saudemental@saude.gov.
br
Área Técnica de Saúde do Idoso Tel.: 3315.6226/9137
Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência Tel.: 3315.6236 E-mail:
pessoacomdeficiencia@saude.gov.br

The logo consists of a central grid of 48 squares (8 rows by 6 columns) on an orange background. The top row contains the abbreviations DF, SC, MG, RJ, SE, MA, RS, AL, PB, AC, BA, and PE. The second row contains CE, GO, and PI. The remaining squares in the grid are empty. In the center of the grid, the number '23' is written in a large, white, stylized font. Two diagonal, multi-colored lines (orange, yellow, and black) cross the grid behind the number '23'. Above the grid, there is a vertical rectangular area with a repeating pattern of concentric circles and squares in shades of orange and brown.

23

REDE BRASIL DE COSEMS

COSEMS – AC

Rua Benjamin Constant nº 830 – 1º andar– (Prédio do antigo BANAGRE) - Centro

Cep: 69.900-064 - Rio Branco –AC

Tels: (68) 3322-6478 (68)3322-2384- (68)9973-2153

E-mail: laurita_lima1@hotmail.com; cosems.acre@gmail.com

COSEMS – AL

Rua 10 de novembro 246 – Pitanguinha

Cep: 57050-220 - Maceió - AL

Tels: (82) 9661.1112/9653-1013 Fax: (82) 3326 5859

WebSite: www.cosemsal.com.br

E-mail: cosemsalagoas@conasems.org.br – pedromadeiro@globo.com

COSEMS – AM

Av. André Araújo, 701 - Aleixo

Cep: 69060-001 – Manaus - AM

Tels: (92) 3643 6338/ 6224 - Fax: (92) 3643 6324

WebSite: -

E-mail: neto_xow@yahoo.com.br_; cosemsam@conasems.org.br

COSEMS – AP

Rua Jovino Denoa,4404 -Beirol

Cep.: 68902-030 – Amapá – AP

Tels: (96)3241.1315 Fax:

WebSite: -

E-mail: cosemsap@hotmail.com

COSEMS – ES

Escola Técnica e Formação de Saúde – ETSUS/ COSEMS

Rua: Maria de Lourdes Garcia, 474 – Ilha de Santa Maria

Cep: 29051-250 – Vitória-ES

Tels: (27) 3026 2287 – Fax: (27) 3026 2287

WebSite: -

E-mail: cosemses@ig.com.br – cosems@gmail.com – semuspmb@hotmail.com – clreblin@gmail.com

COSEMS – GO

Endereço: Rua 26, s/n - Santo Antonio

Cep: 74853-070 – Goiania-GO

Tels: (62) 3201 3412 - Fax: (62) 3201 3421 (64)3603-7276

WebSite: www.cosemsgo.com.br

E-mail: cosems@saude.go.gov.br – gestor.saude@jatai.gov.br

COSEMS – BA

Endereço: 3º Avenida, 320 - CAB / Sede da UPB

Cep.: 41750-300 – Salvador-BA

Tels: (71) 3362-9292

Fax: (71) 3371 8703

WebSite: www.coasemsbahia.com.br

E-mail: cosemsbahia@upb.org.br – stelasouza@globo.com

COSEMS – CE

Endereço: Rua dos Tabajaras, 268 - 2º Andar - Praia de Iracema

Cep: 60060-510 – Fortaleza-CE

Tels: (85) 3101 5444 / 3219 9099 - Fax: (85) 3219 9099

WebSite: www.cosemsce.org.br

E-mail: wilamesfreire@ig.com.br; administrativo@cosemsce.org.br; cosemsce@conasems.org.br; comunicacao@cosemsce.org.br

COSEMS – MA

Endereço: Av. Jerônimo de Albuquerque, S/nº - Casa do Trabalhador Calhau (2º andar-sala 01)

Cep: 65074-220 – São Luiz-MA

Tels: (098) 3227-0911

WebSite: -

E-mail: cosemsma@hotmail.com; apoio.saude2010@hotmail.com

COSEMS – MG

Endereço: Rua Rio de Janeiro 471 – 10º andar - centro

Cep: 30160-040 – Belo Horizonte - MG

Tels: (31) 3287 3220 / 5815 - Fax: (31) 3262.3380

WebSite: www.cosemsg.org.br

E-mail: info@cosemsg.org.br; maurojunqueira@yahoo.com.br; presidente@comsemg.org.br



COSEMS – MS

Endereço: Rua Joel Dibo, 267 - 2º Andar - Centro
Cep: 79002-060 – Campo Grande-MS
Tels: (67)3312.1110 / 3312 1108 - Fax: (67) 3383.4069
WebSite: www.cosemsms.org.br
E-mail: contato@cosemsms.org.br – fredneto1967@hotmail.com

COSEMS – MT

Endereço: Rua Tenente Coronel Duarte, 1070 - Centro Sul
Cep: 78020-450 – Cuiabá-MT
Tels: (65) 3644 2406 - Fax: (65) 3644 2406
WebSite: www.cosemsmt.org.br
E-mail: cosemsmt@conasems.org.br

COSEMS - PA

Endereço: Av. Nazaré, nº 211 - Nazaré
Cep: 66035-170 - Belém - PA
Tels: (91) 3223 0271 / 3349-6170/ 9144-3496 Fax: (91)
WebSite: www.cosemspa.com.br
E-mail: cosemspa@cosemspa.com.br; charlestocantis@ig.com.br; angela@cosempa.com.br;
cosems@bol.com.br

COSEMS - PB

Endereço: Av. Pedro II, 1826 – Torre
Cep: 58040-440 – João Pessoa-PB
Tels: (83) 3218 7366 - Fax: (83) 3218-7366 / 3218-7416
WebSite:
E-mail: cosemspb@conasems.org.br

COSEMS - PE

Endereço: Praça Oswaldo Cruz, s/n - FUSAN - Boa Vista
Cep: 50050-210 – Recife-PE
Tels: (81) 3221 5162 / 3181 6256 - Fax: (81) 3181.6256
WebSite: -
E-mail: cosems.pe@gmail.com; Ana-claudiacp@hotmail.com

COSEMS – PI

Endereço: Av. Pedro Freitas, s/n - Centro Administrativo-Palácio dos Municípios – Cede da APPM

Cep: 64018-900 – Teresina-PI

Tels: (86) 3211 0511 - Fax: (86) 2107.7913

WebSite: -

E-mail: cosemspi@yahoo.com.br; cosems-pi@hotmail.com scandeira@hotmail.com

COSEMS – PR

Endereço: Rua Piquiri, 170 - Rebouças

Cep: 80230-140 – Curitiba-PR

Tels: (41)3330.4417 - Fax: (41) 3330 4406

WebSite: -

E-mail: cosemspr@gmail.com; marinasrm06@hotmail.com;

saudeterraboa@pmtb.brte.com

COSEMS – RJ

Endereço: Rua Mexico, 128 Sobre loja 1 Sala 01 - Centro

Cep: 20031-142 – Rio de Janeiro-RJ

Tels: (21) 2240 3763 - Fax: (21) 2220.2528

WebSite: www.cosemsrj.org.br

Email: cosemsrj@conasems.org.br – cosemsrj@cosemsrj.org.br

COSEMS – RN

Endereço: Av. Airton Sena, 357 - sala 17 – Condomínio Mandacaru Mall - Capim Macio

Cep: 59080-100 – Natal-RN

Tels: (84) 3222 8996 - Fax: (84) 3222 8996 (84)9611-0708 / (84)8896-8375

WebSite: www.cosemsrn.org.br

E-mail: comsemsrn@digi.com.br – solane_costa@yahoo.com.br salete.cunha@yahoo.com

COSEMS – RO

Endereço: Rua Elias Gorayeb 2576 - Centro

Cep: 76803-903 – Porto Velho-RO

Tels: (69) 3216 5371 - Fax: (69) 3342 2316

WebSite: -

E-mail: cosemsro@conasems.org.br; heliomelo@hotmail.com

COSEMS – RR

Email: marcelodelimalopes@hotmail.com ; loren_karin@hotmail.com

COSEMS – RS

Endereço: Rua Marcílio Dias, 574 - Bairro Menino de Deus

Cep: 90130-000 – Porto Alegre-RS

Tels: (53) 3251-3943 - Fax: (51) 3231 3833 – (53) 3251-6151

WebSite: www.cosemsrs.org.br

E-mail: -arilsonsc@uol.com.br

COSEMS – SC

Endereço: Rua Esteves Júnior, 160 – 8º andar - Centro

Cep: 88015-530 – Florianópolis-SC

Tels: (48) 3221 2385 /3221.2242/3281-6818 - Fax: (48) 3221 2029

WebSite: www.cosems.saude.sc.gov.br

E-mail: cosemssc@conasems.org.br; luisantonio@saude.sc.gov.br cosems@saude.sc.gov.br

COSEMS – SE

Endereço: Av. Baltazar Goes, 86 - EDF Estado de Sergipe, 22º andar - Centro

Cep: 49010-901 – Aracaju-SE

Tels: (79) 3214 6277 / 3346 1960 - Fax: (79) 3214 6277

WebSite: -

Email: cosemssse@conasems.org.br; salvianomariz@infonet.com.br

COSEMS – SP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo 351 - 2º andar - sala 205 - Centro

Cep: 01246-000 – São Paulo-SP

Tels: (11) 3066 8259 / 8146 - Fax: (11) 3083 7225

WebSite: -

E-mail: cosemssp@cosemssp.org.br; cosemssp@saude.sp.gov.br

COSEMS – TO

Endereço: 104 Norte Av. LO 2 Lote 19 Ed.Homaidan Sala 301

CEP – 77006 022 – Palmas-TO

Tels: (63) 3218 1782 - Fax: (63) 3218 1782 cosemstocantins@gmail.com

WebSite:

E-mail: cosemsto@conasems.org.br; cosemsto@gmail.com sinvaldomoraes@hotmail.com



