

MANUAL DO (A) GESTOR (A) MUNICIPAL DO SUS

DIÁLOGOS NO COTIDIANO

2ª edição digital - revisada e ampliada



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

2ª edição digital - revisada e ampliada

CONASEMS
BRASÍLIA
2021

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

Presidente:

Wilames Freire Bezerra

Vice-Presidentes:

Charles Cezar Tocantins de Souza e Cristiane Martins Pantaleão

Conselho Editorial

Charles Cezar Tocantins de Souza

Cristiane Martins Pantaleão

Hisham Mohamad Hamida

Luiz Filipe Barcelos Macedo

Marcos da Silveira Franco

Nilo Bretas Junior

Sylvio Romulo Guimarães de Andrade Junior

@2021 do organizador CONASEMS. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução, cópia, parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade por direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica. A coleção institucional do CONASEMS pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs e na Biblioteca Virtual Integralidade www.bvsintegralidade.icict.fiocruz.br

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

2.ª EDIÇÃO DIGITAL - REVISADA E AMPLIADA - 2021
440 P.

INFORMAÇÕES

CONASEMS

Esplanada dos Ministérios

Bloco G, Anexo B, sala 144

Zona Cívico-Administrativo

Brasília-DF. CEP. 70058-900 (61) 32230155

COORDENAÇÃO GERAL

Nilo Bretas Júnior

Para referências e citações, usar o endereço:

conasems.org.br

PROJETO GRÁFICO E ILUSTRAÇÃO

Grande Circular

AUTORES/COLABORADORES

Adriane da Silva Jorge Carvalho

Alessandra Giseli Matias

Alessandro Aldrin Pinheiro Chagas

Artur Belarmino de Amorim

Blenda Leite Saturnino Pereira

Charles Cezar Tocantins de Souza

Cristiane Martins Pantaleão

Daniel Resende Faleiros

Denise Rinehart

Diogo Demarchi Silva

Elton da Silva Chaves

Fernanda Vargas Terrazas

Flavio Alexandre Cardoso Alvares

Hisham Mohamad Hamida

Joselisses Abel Ferreira

Kandice de Melo Falcão

Karen Sarmento Costa

Luiz Filipe Barcelos Macedo

Marcela Alvarenga de Moraes

Marcos da Silveira Franco

Márcia Cristina Marques Pinheiro

Maria Cristina Sette de Lima

Maria Cristina Soares Paulino

Maria José Comparini Nogueira de Sá

Mariana de Queiroz Pedroza

Marina Sidineia Ricardo Martins

Marizélia Leão Moreira

Mauro Guimarães Junqueira

Nilo Bretas Junior

Patricia Palmeira de Brito Fleury

Rodrigo Cesar Faleiro de Lacerda

Rosângela Treichel Saenz Surita

Rubens Griep

Socorro Candeira

Sylvio Romulo Guimarães de Andrade Junior

Talita Melo de Carvalho

Wilames Freire Bezerra

Sumário

10	Apresentação e introdução
16	Ser Gestor
32	Rede Colaborativa de Apoio a Gestão Municipal do SUS
36	Vila SUS, Regiões e Personagens
51	Parte 1 - Governança do SUS e CPF da Gestão
52	CAPITULO 1 Governança e capacidade governativa
58	CAPITULO 2 Gestão Participativa no SUS
68	CAPÍTULO 3 Planejando o SUS no município
96	CAPITULO 4 FMS e financiamento do SUS

131 PARTE 2 - Gestão do SUS no município

132 CAPÍTULO 5 Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

156 CAPÍTULO 6 Gestão da Assistência Farmacêutica

188 CAPÍTULO 7 Gestão da Informação

212 CAPÍTULO 8 Administração Pública e o SUS

236 CAPÍTULO 9 Judicialização da Saúde no município

251 PARTE 3 - Atenção à Saúde no município

252 CAPÍTULO 10 Rede de Atenção à Saúde e Organização do Cuidado no território

294 CAPÍTULO 11 Atenção Básica no Município

324 CAPÍTULO 12 Vigilância em Saúde no município

356 CAPÍTULO 13 Fortalecendo as ações de Promoção da Saúde no município

370 CAPÍTULO 14 Saúde Mental

392 CAPÍTULO 15 Gestão da Atenção Especializada e Regulação do SUS no município

418 CAPÍTULO 16 Gestão da Urgência e Emergência e da Atenção Hospitalar

Apresentação

Dando seguimento ao cumprimento de nossa responsabilidade institucional de promover o diálogo permanente, baseado na troca de experiências de gestores e gestoras sobre o cotidiano da gestão da saúde, apresentamos a 2ª Edição Nacional digital do Manual do(a) Gestor(a) do SUS como apoio à organização da gestão municipal do Sistema Único de Saúde.

Tivemos um tempo diferente entre a última edição - 2ª Edição Nacional impressa em 2019 – e esta que ora apresentamos. A transição para novos governos municipais e, portanto, novos gestores municipais de saúde ocorre em uma conjuntura mundial de aprendizado e convívio com uma pandemia há mais de um ano e com todos os reflexos que isso traz ao cotidiano dos gestores municipais de saúde em um modo “normal” que nunca chega. A constante transformação desafia o SUS e sua RAS, os gestores em todas as esferas, os seus trabalhadores em todos os postos de trabalho na assistência à saúde e na gestão do sistema a se reinventarem permanentemente para exercer sua responsabilidade constitucional para com a saúde da população.

Essa segunda edição digital inaugura uma nova estrutura para o CONASEMS, voltada para a elaboração e veiculação de conteúdos formativos e educacionais em múltiplas plataformas, com alta disponibilidade. Trata-se, em síntese, de disponibilizar estes conteúdos em formatos adequados para Ensino a Distância (EAD) em um robusto ambiente virtual de aprendizagem (AVA), acessível por meio de microcomputadores e dispositivos móveis, e também na programação

de um canal de TV, ou ainda por meio de Redes Sociais. Tudo isso estará disponível no Portal Mais CONASEMS, que centralizará o acesso a todos os conteúdos formativos e educacionais do CONASEMS. Estas novas possibilidades exigem também do CONASEMS, de sua equipe, e de toda a rede CONASEMS COSEMS, um novo aprendizado e reinvenção para potencializar as ações de apoio aos gestores municipais de saúde.

Neste ambiente, gestores e trabalhadores poderão contar com o apoio do CONASEMS em todos os momentos, em qualquer tela e em qualquer lugar.

Mas, para chegar até aqui, foi fundamental elaborarmos as duas edições impressas anteriores do Manual do Gestor (em parceria com o COSEMS RJ e CEPESC/IMS/UERJ). Mantendo o valor de uso do Manual do Gestor no cotidiano da gestão, diante da ampla utilização das edições anteriores – que estão disponíveis na biblioteca do site do CONASEMS – essa edição também é fruto de um processo de construção coletiva, que reconheceu no desafio de espelhar a realidade nacional do cotidiano de gestores uma estratégia de se (re)pensar as práticas do Ser Gestor em diferentes contextos do território brasileiro.

Essa edição atualiza e reorganiza o conteúdo da última edição e, portanto, partindo da edição de 2019, agrega aprendizados resultantes da trajetória institucional do CONASEMS, que, por meio de parcerias colaborativas, e através da rede CONASEMS COSEMS, vem desenvolvendo projetos e iniciativas voltados para apoios institucionais regionalizados e inter-regionais nas diferentes regiões do país.

Estamos novamente em início de gestão. Po-

rém, é um momento totalmente distinto daquele da primeira edição, em 2017. Isso já é suficiente para justificar a atualização, mas também novas situações surgiram, novas informações foram produzidas, e houve avanço em diversas políticas setoriais, como a Atenção Básica por exemplo.

Cabe-me dizer que, adaptando a metodologia de construção coletiva desenvolvida nas edições anteriores, foi possível elaborar esta edição em 5 meses de trabalho, desde a definição de conteúdo, alinhamento dos temas e elaboração de textos pelos assessores e consultores do CONASEMS, validação do texto – por grupo de diretores e convidados do CONASEMS vindos de todas as regiões do país –, retorno de texto aos colaboradores, consolidação final, até o trabalho de revisão.

Esse Manual é uma ferramenta para o (a) novo(a) gestor(a) se apoiar, consultar quando precisar, e também para socializar com sua equipe, pedindo para verificarem as estratégias, responsabilidades, alertas e prazos. Os 16 capítulos foram reorganizados em 3 partes: Governança do SUS e CPF da Gestão, Gestão do SUS no município, e, Atenção à Saúde no município, apresentam os principais conceitos e diretrizes da política nacional de saúde e a realidade enfrentada pela maioria dos municípios e abordam temas com os quais um (a) gestor(a) municipal da saúde deve estar atento(a).

Reiteramos que o cotidiano do gestor municipal da saúde espelha o que ele faz para “ser gestor”, apresentado na parte introdutória desse manual: se afirma no agir político, que também é técnico e ético; na necessidade de manutenção do diálogo

permanente com o controle social instituído, com a comunidade e com a sociedade organizada; na necessidade de manutenção do diálogo permanente com o trabalhador da saúde, com sua equipe de direção da secretaria de saúde e também com seus pares na gestão da saúde; manutenção do diálogo permanente com seus pares na gestão do município e com os poderes legislativo e judiciário. Algumas respostas existem, outras serão produzidas e várias teremos que construir juntos, com unicidade de princípios e compromissos com o SUS e com os municípios.

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

Uma boa gestão a todos, e contem com o CONASEMS!

Willames Freire

Presidente do CONASEMS

INTRODUÇÃO

NILO BRÊTAS E SYLVIO ANDRADE

A segunda edição digital, atualizada, do Manual do (a) Gestor(a) Municipal de Saúde, surge do reconhecimento nos “diálogos cotidianos” de Ser Gestor do SUS, de potente ferramenta de apoio e fortalecimento da gestão municipal na saúde. Tal edição contou com o aprendizado da parceria responsável desenvolvida entre o CONASEMS, o COSEMS/RJ e o LAPPIS/IMS/UERJ, de 2016 a 2019, que produziu as edições anteriores e acrescentou o aprendizado de outros processos do desenvolvimento institucional do CONASEMS.

Mantém-se os três elementos conceituais e práticos utilizados, considerados de fundamental importância, para compreender o cotidiano da gestão municipal do SUS: 1) ênfase no planejamento, com o uso de seus instrumentos para organização das ações e serviços de saúde, em especial as redes de atenção à saúde; 2) qualificação das equipes de saúde por meio da adoção de estratégias de educação permanente e ampliação do conhecimento de força de trabalho e 3) participação dos usuários em diferentes espaços de tomada de decisão sobre a gestão das políticas, seja como conselheiros, seja como segmentos organizados de lutas sociais e atualiza seu conteúdo para a nova realidade política e sanitária que vivemos em 2021.

Diferentemente da segunda edição, que se endereçava aos gestores e gestoras no meio da gestão, a segunda edição digital traz como enfoque “o início da gestão”. Isto significou analisar e avaliar as duas edições impressas anteriores e reconfigurar a estrutura de suas partes. Utilizando-se de adaptação para tempos de trabalho a distância da metodologia empregada nas edições anteriores, o Conselho Editorial do Manual definiu três orientações editoriais: a) reorganização das partes e capítulos para o tempo do início da gestão, b) revisão e atualização de normativas nos capítulos existentes e c) redefinição com agrupamento de duas ou mais temáticas afins e suas respectivas atualizações.

Manteve-se a orientação pelo horizonte normativo da integralidade do cuidado, enfatizando a prática do apoio regionalizado, na direção do fortalecimento da capacidade governativa dos municípios e da governança regional.

Nos elementos pré-textuais que antecedem os capítulos, atualizamos o texto do “Ser Gestor Municipal do SUS” fruto do amadurecimento e do debate sobre o papel do gestor e suas responsabilidades e acrescentamos um texto que descreve a rede colaborativa de apoio à gestão municipal do SUS. É importante para que os gestores conheçam o potencial das ações de apoio que a REDE CONASEMS COSEMS pode proporcionar para a sua gestão, bem como para maior aproximação do perfil de apoio retratado nos diversos capítulos a realidade do apoio efetivo que a rede implementa.

Na parte I, desenvolvemos o tema do CPF da Gestão e sua relação com a Governança do SUS, do que representa e confere direcionalidade a gestão no território do município e na relação interfederativa nas instâncias colegiadas do SUS e ao mesmo tempo assegura a legalidade das ações da gestão. Ao mesmo tempo enfatizamos, como nas edições anteriores, o papel dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, além do Planejamento e da gestão financeira que sob o princípio da gestão participativa é potente para fortalecer a capacidade governativa dos municípios e a governança do SUS, trazendo na sequência de capítulos, temas voltados para os saberes e práticas organizativas de seus componentes e instrumentos. Na parte II, trazemos temas presentes no cotidiano da administração municipal que tem forte impacto na saúde, como áreas meio e fim ao mesmo tempo da gestão. Na parte III, manteve-se o tema que era parte II na edição de 2019, “Modelos de Atenção e Gestão da Saúde”, promovendo além de atualização e novos conteúdos, uma maior integração entre os temas dos diversos capítulos.

Com a ampliação do seu escopo temático, acreditamos que a segunda edição eletrônica, assim como as anteriores oferece subsídios capazes de auxiliar o(a) gestor(a) no seu percurso prático sobre os principais temas da

gestão do Sistema Único de Saúde. Constituir-se numa fonte útil de consulta diária do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde e sua equipe configura a principal finalidade deste manual, no que se refere ao estabelecimento de conexões, atualizadas, entre as normativas dos diversos temas do SUS e ao mesmo tempo sua aplicação no cotidiano da gestão municipal de saúde.

As perguntas e respostas feitas desde a primeira edição do Manual permanecem como guias, e apostamos que, o fortalecimento da capacidade governativa e da governança gera possibilidades capazes de auxiliar no enfrentamento dos desafios, obstáculos e impasses determinados pela pluralidade das especificidades regionais no território brasileiro. Construir respostas para garantia do direito à saúde a partir da experiência e avanços alcançados continuam a embasar essa nossa assertiva, que inclui a defesa intransigente do SUS como direito humano ao cuidado a todo cidadão brasileiro.

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

Sobre o percurso da construção

Em dezembro de 2019, no ajuste do plano de ação do CONASEMS para 2020, foi prevista a Cooperação entre COSEMS-RJ e CONASEMS, para elaboração do Manual do Gestor 2021, dando seguimento à parceria iniciada em 2016. Porém, o cenário da pandemia que se iniciava e agravou durante os primeiros meses de 2020, impediu esse processo e exigiu do CONASEMS uma redefinição do processo de elaboração.

Foi criado o Conselho Editorial, juntamente com uma secretaria executiva, para coordenar a elaboração do Manual e foi adaptada a metodologia utilizada nas edições anteriores para o trabalho não presencial, mantendo-se uma construção coletiva do planejamento das atividades, que consistiu na execução de três etapas: a) produção de textos e b) revisão e consolidação de conteúdos c) edição do Manual.

Entre os meses de agosto e dezembro de 2020 foram realizadas três oficinas de trabalho virtuais. Como na experiência anterior, as oficinas foram organizadas para que fossem esclarecidas as dúvidas e acolhidas às sugestões dos participantes, buscando construir pactos para num primeiro momento definir a unidade conceitual e coerência entre os vários capítulos. Com isso, novamente os objetivos foram discutidos e cumpridos: a) alinhamento e orientação com os colaboradores / revisores; b) apresentação dos elementos do termo de referência pelo Conselho Editorial, em encontro com os autores, para apresentação e /ou proposta de revisão; c) validação dialógica de conteúdos, e d) consolidação dos textos e capítulos, com revisão dos textos finais pelo conselho editorial. Durante o mês de dezembro de 2020 caminhamos para a finalização da etapa de revisão técnica, que se colocava como o último estágio para fechamento da edição, as ações envolvendo o trabalho de revisão ortográfica e encaminhamento para a equipe de elaboração de diagramação e montagem da edição eletrônica. É importante ressaltar que as situações problema existentes em cada um dos capítulos foram criadas a partir das experiências vividas pelos colaboradores-autores em suas práticas cotidianas e nas oficinas de compartilhamento e validação.

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

Desta forma, mais uma vez configuraram-se os diferentes espaços-cotidianos onde as narrativas e os diálogos baseados em situações concretas, possam ganhar “vida”. Com isso constitui-se um imaginário de práticas e de saberes dos gestores capaz de estimulá-los a pensar e agir em concerto com os princípios do SUS e no fortalecimento de sua Governança.

Ser Gestor (a) Municipal do SUS

Responsabilizar-se pela garantia do direito à saúde significa que o gestor do SUS possui a autoridade sanitária em cada esfera de governo, capaz de agir pautado por princípios éticos – políticos - educativos orientados pela Lei Orgânica da Saúde, quais sejam: a universalidade, a integralidade e a equidade. Trata-se de cumprir um dos direitos fundamentais da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o direito à saúde que se ancora na luta da sociedade brasileira pela Reforma Sanitária, na década de 80, do século XX, cujo legado consistiu em atender o anseio popular de justiça social. Como autoridade sanitária, o gestor assume uma responsabilidade pública de agir na garantia da continuidade e consolidação de políticas de saúde de acordo com as diretrizes constitucionais e legais do SUS, e que, portanto, não se encerra no período de um governo.

Praticar a responsabilidade coletiva significa dizer que Ser Gestor (a) do SUS, exige um agir político de mediação e diálogo permanente, com participação do dirigente e sua equipe da secretaria municipal de saúde nas instâncias de decisão e de negociação, já existentes no arcabouço jurídico normativo do SUS.

Ser Gestor(a) do SUS se afirma no agir político, que também é técnico e ético.

No que se refere ao aspecto técnico se faz necessário que o gestor do SUS possa articular saberes e práticas de gestão para cumprir suas atribuições e funções, o que exigirá um conjunto de conhecimentos, habilidades e experiências na área da administração pública, governança, planejamento e cuidado em saúde para execução das políticas de saúde.

Quanto ao aspecto ético refere-se à razão pública de Ser Gestor(a) do SUS, cuja responsabilidade emerge como exigência de uma ação necessariamente coletiva e pública, comprometida com o encorajamento, exercício e cultivo de uma ética de defesa e afirmação da vida em sociedade. Nesse sentido, pressupõe-se o entendimento de que o Estado brasileiro enquanto Estado Republicano, deve priorizar os direitos fundamentais, não devendo admitir que o interesse privado se sobreponha ao interesse público, e, por conseguinte, suas ações devem se orientar pela ética, atentando para a necessária divisão e o equilíbrio entre os poderes.

A Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, é a revelação clara do pacto federativo brasileiro, consolidado no bojo da redemocratização política do país. Foi um marco decisivo, pois pela primeira vez o setor saúde foi contemplado de forma clara e efetiva, conforme consta no artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Neste sentido, cabe destacar três aspectos importantes registrados por ela:

- *Universalização do direito à saúde por meio do Sistema Único de Saúde – SUS (Art. 196 a 200);*
- *Institucionalização dos Municípios como entes federativos com status jurídico- constitucional tal qual a União e os Estados (Art. 18) e;*
- *Estabelecimento de um modelo de federalismo cooperativo, no qual os três entes governamentais são corresponsáveis pela política de saúde (Art. 23 e 24).*

Frente à inter-relação desses aspectos doutrinários, os municípios passam a exercer papel fundamental para a consolidação do SUS.

Não obstante, a CF/88 definiu saúde como direito de cidadania (Art. 196), cujo financiamento seja compartilhado entre os entes (Art. 197) e com organização regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de acordo com as seguintes diretrizes:

- *Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- *Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- *Participação da comunidade (Art. 198).*

Ao instituir os municípios como entes federativos, a CF/88 lhes atribuiu responsabilidades legislativas, tributárias e na prestação de serviços públicos, tais quais saúde e educação (Art. 30).

Tratando especificamente da política de saúde, a CF/88 não a definiu como atribuição exclusiva dos municípios, pelo contrário, foi estabelecido que fosse uma competência comum, cabendo a todos os entes a responsabilidade pela garantia do acesso universal (Art. 23), e concorrente, cabendo à União e ao Estado legislar sobre ela (Art. 24), lembrando que ao Estado está destinada a função legislativa em caráter complementar. Temos, portanto, um modelo baseado no compartilhamento de funções entre as esferas de governo no âmbito das políticas sociais. Esse modelo de federalismo cooperativo é apropriado para realidades como a brasileira, pois permite flexibilidade na distribuição de responsabilidades entre entes com diferentes capacidades administrativas e financeiras. Contudo, para funcionar bem e gerar bons resultados, é necessário que a federação desenvolva mecanismos de gestão compartilhada e defina, dentro dos limites possíveis, o papel de cada ente no bojo da política em questão. O SUS tem buscado fazer isso desde sua criação, embora ainda enfrente enormes desafios.

A CF/88 estabeleceu as diretrizes gerais do SUS, de modo a conformar um esboço do sistema nacional de saúde que iria se constituir, remetendo

à legislação setorial a responsabilidade de definir as atribuições específicas de cada ente da federação, bem como os mecanismos de coordenação intergovernamental. Para tanto, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90). Além disso, ao longo da implementação do SUS a partir da década de 1990, uma série de normativas foi editada para regular esse processo.

Com a importância acumulada nos movimentos atuais de normatização definitiva para os problemas sanitários e legais ligados a ela, instituíram-se normas como a Lei 12.466, que institucionalizou os colegiados intergestores, assim como a nova figura das Comissões Intergestores Regionais (CIR), o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamentou aspectos da Lei nº 8.080, e pela Lei Complementar nº 141/2012, que define a responsabilização pela gestão do SUS e inova apontando outras formas de governança e financiamento.

A iniciativa de criar um instrumento legal na área da saúde (Decreto Presidencial nº 7.508/2011) evidenciou-se como ação das mais urgentes, já que se configura como instrumento de controle e de incentivo à transparência, à melhor governança regional e à maior responsabilização entre os entes. Essa proposta, juntamente com a regulamentação da Emenda Constitucional 29 (Lei Complementar nº 141/2012), que definiu os aportes de cada ente da federação para a saúde (faltando ainda a parte que cabe à União), é imprescindível para assegurar aos cidadãos brasileiros o seu direito a um serviço de saúde público de qualidade.

Configura-se, desta maneira, a construção de um projeto audacioso para a organização do sistema público de saúde brasileiro, que busca ser, em um só tempo, nacional e universal, mas também descentralizado, unificado e hierarquizado e com a integralidade da atenção no território.

E como se apresenta, para nós gestores dos 5.570 municípios, a responsabilidade da efetivação do SUS, considerando todo arcabouço legal e normativo já instituído?

O desafio está em interagir com a pluralidade dos grupos e atores sociais demandantes das políticas de saúde, e que constroem e vivenciam esse Sistema. Para tanto, identificamos que o gestor do SUS é o mediador em diferentes planos e espaços onde se exige desenvolver uma capacidade de compor entendimento sobre suas responsabilidades e a corresponsabilização daqueles que compartilham de suas ações. Nesse sentido o imperativo para Ser Gestor(a) do SUS, se configura na atuação cotidiana de mediação a fim de manter o permanente diálogo com os diferentes atores sociais e instâncias de negociação e pactuação seja no nível central do sistema, seja com a equipe que o apoia. Vejamos alguns pressupostos dessa atuação:

Para Ser Gestor(a) do SUS é preciso manter diálogo permanente com o controle social instituído, com a comunidade e com a sociedade civil organizada.

Não é por acaso que a Constituição de 1988 se expressa como o texto constitucional mais democrático que o País já produziu, consagrando um contexto favorável à participação dos cidadãos nos processos de tomada das decisões políticas essenciais ao bem-estar da população.

A instituição dos Conselhos de Políticas Públicas, especialmente os Conselhos de Saúde, configura-se como espaços, onde os cidadãos participam do processo de tomada de decisões na Administração Pública, do processo de fiscalização e de controle dos gastos públicos, contribuindo de forma decisiva para avaliação dos resultados alcançados pela ação governamental. Portanto, o controle social torna-se um tema evidentemente prioritário no campo da saúde, onde uma democracia mais participativa deve ser priorizada. Tanto para o Estado quanto para a sociedade, o controle social tornou-se modelo concreto de proposta participativa de construção do Sistema Único de Saúde.

Sem dúvidas, constatamos a existência de uma diversidade de iniciativas acontecendo no cotidiano da saúde em diferentes municípios do país, seja no interior das instituições civis, seja nos organismos públicos, que procuram mostrar ao cidadão a necessidade de zelar pelo que é de interesse comum, pelo que é de todos.

Desta maneira, torna-se imperativo ressoarmos aos quatro cantos que o **“SUS É DE TODOS E PARA TODOS”**, sempre com muita ênfase, muito mais do que na época em que os artífices e fundadores de nosso sistema público de saúde o idealizaram.

Ser Gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com o profissional de saúde, entendendo-o como o ator principal na consolidação das práticas de saúde do município.

É necessário que os gestores aperfeiçoem e busquem novas alternativas de atuação, com propostas estruturantes que garantam a eficiência de suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, a qualificação necessária ao acolhimento e ao cuidado dos usuários dos serviços de saúde.

Na atualidade, várias condições levam a emergência de novas necessidades de saúde da população brasileira, decorrentes principalmente de alterações no perfil demográfico com aumento da população idosa, diminuição da faixa abaixo de 15 anos e, também, de alterações no padrão de morbimortalidade da população brasileira, com aumento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); com recrudescimento de algumas doenças infectocontagiosas; com a predominância de condições crônicas; com os índices expressivos de mortalidade por causas externas; com os índices expressivos de morbimortalidade materna e infantil decorrentes de uma combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas do sistema de saúde.

Por outro lado, os sistemas de saúde, como um conjunto articulado de ações e serviços voltado para a promoção da saúde e para o enfrentamento

de riscos ou agravos apresentados pelos indivíduos em uma dada sociedade, possui como finalidade principal ofertar o cuidado em saúde.

Com isso, cabe-nos esclarecer que o cuidado ofertado por um sistema de saúde guarda relação com: a qualidade das práticas profissionais que aí se desenvolvem; a organização interna dos serviços de saúde; e a organização sistêmica. Sua qualificação exige, portanto, mecanismos adequados de gestão que incidam em cada uma dessas dimensões. Qualificar as práticas de saúde pressupõe ações de cuidado com os profissionais de saúde, entendendo-os como os artífices do cotidiano do cuidado ao usuário do SUS.

Assim, o grande desafio na atualidade é qualificar os Sistemas de Saúde de tal modo que possa responder adequadamente as novas necessidades de saúde da população. Nesta perspectiva, o fortalecimento da Atenção Básica de Saúde, a estruturação adequada dos serviços de referência especializada e de Urgência e Emergência, a integração dos Sistemas de Saúde e, a qualificação das práticas clínicas em todos os serviços, são os grandes objetivos a serem perseguidos pelos sistemas de saúde no Brasil.

Esta reorganização que visa superar a fragmentação do modelo de atenção extrapola o âmbito sistêmico refletindo-se tanto na organização dos serviços quanto nas práticas dos profissionais de saúde. Para sua superação devem ser priorizados: o fortalecimento da Atenção Básica de Saúde (AB); Estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS); e a integração dos processos de trabalho nos Serviços de Saúde e das práticas profissionais.

Ser Gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com sua equipe de direção, capaz de conduzir os processos de coordenação do Sistema de Saúde.

Não há município no Brasil que seja plenamente suficiente para executar o universo de todas as ações de atenção à saúde. O SUS é um sistema dinâmico cuja regionalidade está em permanente transformação. A responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos não termina nos limites do município. A garantia do atendimento integral a este cidadão, ou seja, a eventual necessidade de complementaridade da assistência, mesmo fora do município, é uma corresponsabilidade da gestão municipal. A gestão do SUS é, em sua essência, um ato de negociação e pactuação da política local, regional, estadual e nacional. Repara-se nesse movimento a ênfase dada à regionalização como estratégia a ser firmada na relação entre gestores municipais, na sua região e no estado. O encontro entre esses atores é capaz de produzir consensos que constroem um SUS vivo e viável para toda a gestão. Equacionar a autonomia federativa, a hierarquia dos serviços de forma sistêmica, às responsabilidades sanitárias e de financiamento, tem sido o trabalho constante das instâncias colegiadas do SUS.

Portanto o gestor municipal deve participar ativamente da condução e da formatação da região de saúde e suas inter-relações com os demais municípios e esses com outras esferas de poder do Estado Republicano. Nenhum estado ou município tem autoridade ou autonomia para deliberar sobre

ações dentro de outro município, conforme artigo 18 da CF/88. Isto só pode ocorrer por meio de resoluções colegiadas dos gestores e, mesmo assim, apenas a partir de consensos regionais. De acordo com a CF/88, os municípios são autônomos em relação ao governo do Estado e da União. O SUS deve ser construído com base numa relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo. A gestão não estará completa se o gestor não participar da negociação regional. A autonomia dos entes federados municipais e estaduais e a necessidade de organização de um sistema sempre apresentam dificuldades que para sua resolução necessitam de um bom entendimento da natureza da organização política estatal. A relação entre os entes federados autônomos tem como obrigação constitucional organizar este sistema de forma que garanta a autonomia das esferas de gestão e o fluxo de funcionamento, hierarquizando a complexidade dos serviços e constituindo uma rede contínua de cuidados. O somatório de todas as linhas necessárias de cuidados constrói a rede sistêmica de atenção à saúde. As ações das redes de assistência, de prevenção, de proteção e promoção constituem a rede de atenção à saúde, e sua organização pode ser entendida como rede interfederativa de serviços. Há que se considerar ainda o grande número de pequenos municípios, com menos de 50 mil habitantes, e a grande responsabilidade que esses gestores municipais devem assumir no âmbito do SUS, contando com poucos recursos financeiros, pouco pessoal qualificado e uma rede muitas vezes inadequada de serviços de saúde.

A regionalização, implantada a partir do Pacto pela Saúde, como uma estratégia para superar parte destas limitações e favorecer a construção de RRAS possui imensos desafios e um campo fértil de instrumentos e mecanismos efetivos para estimular a integração e a colaboração entre entes federativos.

Ser Gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com seus pares na gestão da saúde.

Não há município no Brasil que seja plenamente suficiente para executar o universo de todas as ações de atenção à saúde. O SUS é um sistema dinâmico cuja regionalidade está em permanente transformação. A responsabilidade do governo municipal pela saúde de seus cidadãos não termina nos limites do município. A garantia do atendimento integral a este cidadão, ou seja, a eventual necessidade de complementaridade da assistência, mesmo fora do município, é uma corresponsabilidade da gestão municipal. A gestão do SUS é, em sua essência, um ato de negociação e pactuação da política local, regional, estadual e nacional. Repara-se nesse movimento a ênfase dada à regionalização como estratégia a ser firmada na relação entre gestores municipais, na sua região e no estado. O encontro entre esses atores é capaz de produzir consensos que constroem um SUS vivo e viável para toda a gestão.

Equacionar a autonomia federativa, a hierarquia dos serviços de forma sistêmica, às responsabilidades sanitárias e de financiamento, tem sido o trabalho constante das instâncias colegiadas do SUS.

Portanto, o gestor municipal deve participar ativamente da condução e da formatação da região de saúde e suas inter-relações com os demais municípios e esses com outras esferas de poder do Estado Republicano. Nenhum estado ou município tem autoridade ou autonomia para deliberar sobre ações dentro de outro município, conforme artigo 18 da CF/88. Isto só pode ocorrer por meio de resoluções colegiadas dos gestores e, mesmo assim, apenas a partir de consensos regionais. De acordo com a CF/88, os municípios são autônomos em relação ao governo do Estado e da União. O SUS deve ser construído com base numa relação harmoniosa, solidária e de respeito à autonomia de cada ente federado e com decisões baseadas em consenso. Não há hierarquia entre as diferentes esferas de governo. A gestão não estará completa se o gestor não participar da negociação regional.

A autonomia dos entes federados municipais e estaduais e a necessidade de organização de um sistema sempre apresentam dificuldades que, para sua resolução, para sua resolução, necessitam de um bom entendimento da natureza da organização política estatal. A relação entre os entes federados autônomos tem como obrigação constitucional organizar este sistema de forma que garanta a autonomia das esferas de gestão e o fluxo de funcionamento, hierarquizando a complexidade dos serviços e constituindo uma rede contínua de cuidados. O somatório de todas as linhas necessárias de cuidados constrói a rede sistêmica de atenção à saúde. As ações das redes de assistência, de prevenção, de proteção e promoção constituem a rede de atenção à saúde, e sua organização pode ser entendida como rede interfederativa de serviços.

Há que se considerar ainda o grande número de pequenos municípios, com menos de 50 mil habitantes, e a grande responsabilidade que esses gestores municipais devem assumir no âmbito do SUS, contando com poucos recursos financeiros, pouco pessoal qualificado e uma rede muitas vezes inadequada de serviços de saúde.

A regionalização, implantada a partir do Pacto pela Saúde, como uma estratégia para superar parte destas limitações e favorecer a construção de RRAS possui imensos desafios e um campo fértil de instrumentos e mecanismos efetivos para estimular a integração e a colaboração entre entes federativos.

Ser Gestor(a) do SUS é manter diálogo permanente com seus pares na gestão do município e na relação com o Estado e União.

No SUS, um sistema descentralizado, a gestão municipal passou a ser o principal contato entre o usuário e o poder público. Os problemas de saúde passam a ser responsabilidade do governo municipal, que executa as ações de atenção à saúde, cabendo ao Estado e à União o papel de apoio técnico e financeiro, de acordo com o artigo 30 da Constituição Federal. O município transformou-se no principal protagonista nesta organização e, neste sentido, um programa de governo municipal para a saúde passa a ser, de fato, uma estratégia importante para contribuir na melhoria da qualidade de vida e de saúde no município. Este programa de governo é escolhido pelo voto local, quando elege-se o prefeito.

Para a gestão municipal, dentro da compreensão do Secretário Municipal de Saúde, como gestor de seu território, essa organização é entendida como processo de demarcação das áreas de atuação dos serviços de saúde; de reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social existente nessas áreas; e de identificação e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços e equipamentos sociais do território. Assim, a concepção da Rede, estruturada de forma regionalizada, com certeza, extravasará este seu “território”, imputando a esta nova gestão uma dimensão de maiores responsabilidades que levam à integração dos serviços a serem oferecidos para seus municípios.

Ser Gestor é manter diálogo permanente com os poderes legislativo, judiciário e comissão de saúde.

Enquanto federativo, nosso estado é formado por quatro componentes autônomos, a saber: a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios. No entanto, para que o exercício dessa autonomia não afronte a soberania popular, o povo brasileiro decidiu que aqueles que executam as leis não devem ser os mesmos que legislam, bem como aqueles que executam as leis e legislam não devem ser os mesmos que julgam.

Desse modo, não basta que a autonomia seja exercida pelas unidades federativas. É necessário que haja a separação dos poderes em Poder Executivo, Poder Legislativo e Poder Judiciário, cada um com a missão de exercer, de modo predominante, uma função do Estado.

Apesar dos avanços observados na oferta de serviços de saúde a milhões de brasileiros anteriormente excluídos do SUS; na estruturação de rede diversificada de ações e serviços de saúde, mesmo que com distribuição não uniforme, em todo o território nacional; e, a grande produção de ações e serviços de saúde com contribuições significativas na melhoria do estado de saúde dos brasileiros; subsistem grandes desafios com relação a adequação de seu financiamento; amadurecimento de seu modelo de gestão tripartite; superação da fragmentação do modelo de atenção com qualificação de suas práticas.

O financiamento do SUS vem se caracterizando pela retração de recursos federais e estaduais ao lado de elevação de gastos pelos gestores municipais, num quadro onde a repartição do volume de arrecadações sociais e de impostos, pelos entes federados, é desigual trazendo grandes dificuldades aos municípios para cumprirem as responsabilidades assumidas com o processo de descentralização do SUS.

Ser Gestor(a) do SUS pressupõe estar ciente do cenário grandioso que compõe o campo da saúde pública no nosso país e deve pautar-se ainda, pelo empenho na realização dos objetivos firmados no Art. 3º de nossa CF:

Construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais, promovendo o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

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

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

O seu desempenho e participação regional fez Olga se tornar importante interlocutora na sua região de Vale Feliz. Teve protagonismo nas reuniões da macrorregião de Bons Caminhos, o que a fez ser respeitada pelos diretores do Cosems. São frequentes os convites para que Olga represente dos municípios em temas importantes em algum dos foros estaduais de gestão do SUS.

Para os que iniciam agora na gestão municipal da saúde, como Julia, a gestão municipal é na maior parte das vezes um processo solidário, de apoio e aprendizado, mas que se fortalece diante da solidariedade frente aos desafios. A rotatividade de gestores da saúde nas três esferas de governo, leva à descontinuidade de ações e processos com comprometimento do sistema de saúde, forte impacto no cuidado à população e nos indicadores de saúde.

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

Nos eventos de acolhimento, é apresentado à nova gestora uma proposta para início de gestão, desenvolvido pelo apoio institucional. Julia foi orientada a fazer um mapa mental de um gestor municipal da saúde em início de gestão.

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

Nesses 31 anos do processo de constituição do SUS, em que sua normatização vem no sentido de seu fortalecimento e de sua consolidação, principalmente com o intuito de priorizar um de seus princípios, o de acesso universal, o processo de descentralização da gestão e os novos paradigmas sobre a organização do SUS e seu funcionamento adequado, geraram a necessidade de, a todo instante, buscar os conceitos fundantes que institucionalizaram a Organização do Estado Democrático de Direito no Brasil.

Mapa Estratégico da Gestão

Técnica para abordagens iniciais pelo gestor municipal da saúde

Trata-se de um exercício para visualização das principais ações iniciais de um secretário municipal de saúde. Este mapa tem como objetivo sugerir ao gestor uma visão ampla de suas atribuições.

Estas ações podem ser mais complexas a depender da dimensão e normativas locais instituídas. Não se pretende esgotar aqui a totalidade de obrigações, mas entender o universo e facilitar a contextualização das prioridades a serem abordadas no município.

Descrevemos abaixo uma sugestão de prioridades das ações. Usamos nesta sugestão a composição de três grandes eixos: político, técnico e administrativo.



Em cada eixo se insere ações necessárias para um bom início de gestão municipal, que podem se desdobrar em outra atividade. O gestor pode complementar ou desdobrar em outras ações por eixo a partir da realidade normativa e institucional de seu município.

Estas ações necessitam articulação e coordenação, papel essencial do gestor. Podemos dizer que é o primeiro passo para a construção de uma agenda para o início da gestão.

Sugestões por eixo:



POLÍTICO

ESPAÇO COM O PREFEITO

- » Staff político do prefeito
- » O programa de governo da atual gestão
- » A governança da secretaria municipal de saúde. (formulação da equipe de gestão)

ESPAÇO COM OS VEREADORES

- » Relação com a base
- » Relação com a oposição
- » Acompanhamento da gestão

ESPAÇO COM O MINISTÉRIO PÚBLICO

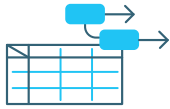
- » Existência de compromissos anteriores
- » Relação institucional

ARTICULAÇÃO COM OUTROS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS NO MUNICÍPIO

- » Existência de compromissos com os TCE
- » Projetos intersetoriais componentes do programa de governo eleito
- » Articulação para apoio mútuo

ARTICULAÇÃO COM OUTROS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO

- » Relações entre os municípios
- » Relações entre os municípios e o estado
- » A governança da RAS



ADMINISTRATIVO

- » Contabilidade das contas
- » Gestão do fundo municipal de saúde
- » Relatórios de gestão
- » Convênios, projetos, emendas,
- » Consórcios
- » Gestão do trabalho
 - » Pessoas
 - » Vínculos e responsabilidade fiscal
 - » Desenvolvimento
- » Rede municipal
- » Logística
- » Necessidades apontadas pelo administrativo da prefeitura



TÉCNICO

- » Composição da equipe de gestão municipal da saúde
- » Políticas/programas públicas municipais de saúde
- » Políticas/programas estaduais em desenvolvimento no município
- » Políticas/programas nacionais em desenvolvimento no município
- » Planejamento como instrumento de gestão
 - » **Planejamento na saúde municipal**
 - » Plano em vigência
 - » Programação em vigência
 - » Articulação para o planejamento
 - » Vigilância em saúde
 - » Conselho municipal de saúde
 - » **Planejamento regional**
- » Coletas de dados
- » A atenção básica
 - » Cobertura/cadastro
 - » Equipes
 - » Resultados
 - » Vacinação
 - » Pré-natal
 - » Crônicos
 - » Intercorrências
 - » Programas incorporados
- » As especialidades/referências e logística necessária
 - » As urgências e emergências
 - » TRS
 - » Oncologia
- » A assistência hospitalar
 - » Maternidade
 - » Eletiva
 - » Urgência
 - » Retaguarda

Este espaço técnico aqui descrito de forma simplificada é a base para o desenvolvimento da atenção em saúde de forma sistêmica. Pode-se dizer que o sistema começa no indivíduo, sua família, vinculados à uma unidade de saúde que execute a política de atenção básica e se estende por toda a necessidade coletiva de atenção por especialidades, por hospitais e demais serviços que compõem uma rede de atenção à saúde. Portanto, o seu município é um dos componentes do sistema de saúde. A preocupação do gestor municipal não termina, portanto, nos limites de seu município, mas está implicado na regionalização das ações de saúde além da organização e funcionamento dos seus próprios serviços.

Todo governo começa com a instituição de um planejamento. Na área da saúde este planejamento deve contemplar a gestão dos serviços próprios e os serviços regionalizados.

Todos os municípios acabam por ter que se utilizar um ou outro serviço de outro município para a garantia da atenção à saúde de seus munícipes de forma integral. Uma boa parcela de municípios possui sob sua gestão serviços que são referências regionais. Prepare sua gestão para uma boa participação regional com os demais municípios de sua região.

Este mapa estratégico sugere ao gestor uma visão geral das preocupações gerais que compõem o universo solitário da gestão municipal de saúde.

Sugerimos que se faça este exercício:

PASSO 1

- » A cada componente deste mapa geral atribua uma escala de valor que expresse seu conhecimento da área. Busque informações em todas as áreas.
- » O manual do gestor pode auxiliar neste conhecimento.

PASSO 2

- » Atribua seus valores iniciais de avaliação das áreas apontadas para a construção do mapa. Isto estabelece para você as suas prioridades.
- » Estabeleça em sua agenda as ações que julgar prioritárias, estabelecendo a interlocução e as necessidades.

PASSO 3

- » Reavalie diariamente este mapa.

Rede colaborativa de apoio a gestão municipal do SUS

Apoio institucional em rede colaborativa A estratégia de Fortalecimento dos COSEMS: o nascedouro do apoio COSEMS.

Neste Manual, o papel de apoiadora será representado por Vitória, uma super apoiadora, sabedora de todas as coisas do SUS. Mas o que é o apoio? Como trabalha o apoio institucional da Rede Conasems Cosems?

O CONASEMS tem assento nos dois foros nacionais de gestão e governança do SUS, cabendo à entidade representar 5570 municípios na Comissão Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. Estes foros são os responsáveis pela formulação e aprovação das políticas públicas de saúde e a operacionalização orçamentária destas, compondo a política nacional de saúde. A maior parte destas políticas, ou das diretrizes previstas em seus programas, são concretizadas nos municípios, portanto, operacionalizadas pela gestão municipal do SUS.

A unicidade das políticas públicas de saúde tem componentes de múltiplas responsabilidades que se repetem e se adequam no âmbito do estado, da região e do município. Portanto, estas políticas necessitam do protagonismo municipal, desde sua formulação, aprovação, aplicação, monitoramento e avaliação.

A lei orgânica 8080/90¹ regulamenta esta participação. O artigo 14 da 8080 fala da regulamentação destes foros e da participação do Conasems/ Cosems. Reconhece Conasems e Cosems como representação dos gestores municipais e a vinculação institucional dos Cosems ao Conasems².

Esta vinculação institucional tem sido construída através da REDE CONASEMS COSEMS, que opera a interação destas instituições. É evidente a necessidade de uma maior homogeneidade e fortalecimento desta rede, no sentido de qualificar a missão dos gestores municipais.

1 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

2 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12466.htm

A ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DOS COSEMS: O NASCEDOURO DO APOIO COSEMS

Muitos dos COSEMS, principalmente aqueles mais recentemente instaurados, solicitavam ao CONASEMS apoio para o aperfeiçoamento de seu trabalho, e como resposta à estas solicitações a entidade desencadeou várias ações cuja estratégia foi chamada de “Fortalecimento dos COSEMS”.

O rico e diversificado cenário de experiências de trabalho dos COSEMS permitia trocas e aprendizados, o que o CONASEMS identificou como oportunidade para promover espaços de construção e reflexão sobre a forma de trabalho dos diferentes COSEMS, e o que cada colegiado adotava como estratégias para seu fortalecimento.

Entre as estratégias apresentadas por alguns COSEMS estava o trabalho do apoio institucional, também já conhecida e experimentada no passado pelo próprio CONASEMS, contudo em outro formato.

Dos 26 COSEMS, seis desenvolviam a estratégia apoio, e sua apresentação motivou todos os demais diante do sucesso da experiência, que permitia maior aproximação com gestores, celeridade no fluxo de informações, esclarecimento de dúvidas, qualificação e fortalecimento da gestão.

Logo, todos os demais COSEMS, defenderam veementemente a possibilidade de implementação da estratégia apoio como principal meio de seu fortalecimento, o que trouxe ao CONASEMS o desafio de garantir essa oferta aos que ainda não possuíam e mesmo consolidar onde já existia.

Foi o que levou a Diretoria do CONASEMS, empossada em 2015, a apresentar como uma de suas propostas de trabalho, a implantação da estratégia apoio em todos os COSEMS. Sua efetivação foi possível graças à projeto proposto ao PROADI-SUS. Em 2017, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz, é aprovado e lançado o primeiro triênio do Projeto Formação Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, garantindo a contratação de 200 pessoas envolvidas com o trabalho do apoio à gestão municipal e em constante formação para o desempenho desta função, dando maior concretude à Rede CONASEMS/COSEMS.

O QUE A GESTÃO PODE ESPERAR DO APOIO?

- *Repassar informações atualizadas e pormenorizadas*
- *Divulgar posicionamentos, decisões políticas e pactuações da Diretoria do COSEMS e CONASEMS*
- *Esclarecer dúvidas*
- *Provocar a reflexão dos gestores para questionarem o que está dado buscando mudanças e melhorias*
- *Pedir informações: encaminha enquetes e pesquisas sobre a realidade da gestão municipal*
- *Transmitir aos COSEMS as necessidades e angústias do fazer diário da gestão municipal*
- *Acompanhar reuniões: desde a construção de suas pautas até seus encaminhamentos finais, principalmente as agendas de CIR, Macrorregião, CIB e CIT, mantendo os gestores cientes*
- *Ajudar e apoiar o gestor na região de saúde, buscando os melhores caminhos para minimizar conflitos desnecessários*
- *Ser municipalista e defender o SUS*

O QUE A GESTÃO NÃO PODE ESPERAR DO APOIO?

- *Que seja sua consultoria privada ou seu secretário particular*
- *Que seja acomodado, concorde sempre com tudo sem evidenciar possíveis e necessárias mudanças*
- *Envolver-se em questões políticas partidárias na região*
- *Criar conflitos e embates desnecessários com secretaria estadual de saúde em nome dos gestores*
- *Emitir sua opinião pessoal em público se contrapondo aos gestores presentes*

O apoio institucional desenvolvido pelo Projeto Formação Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, compõe a Rede Conasems Cosems, e utiliza a **educação permanente em saúde EPS** como sua principal ferramenta de trabalho. As ações de EPS são voltadas à qualificação do trabalho do apoio como também da gestão municipal da saúde, em um movimento contínuo de qualificação. Destaca-se como princípio do apoio o “**fazer com e não fazer por**”, na busca pelo fortalecimento da autonomia e do protagonismo qualificado dos gestores municipais de saúde.

A experiência do apoio institucional do Rede Colaborativa tem propiciado a Rede Conasems Cosems uma maior integração do Conasems com os Cosems e com os gestores de saúde na região e nos municípios.

O apoiador é um parceiro para escutas, mobilização, informação e participação.

Conheça o (a) apoiador (a) de sua região e conte com ele (a).

VILA SUS, REGIÕES E SEUS PERSONAGENS



OLGA E SUA EQUIPE DE TRABALHO

Olga é moradora de Vila SUS, profissional de saúde e servidora da secretaria de saúde do município há 14 anos. Nesse período ela trabalhou em diversos setores da secretaria, chegando a assumir coordenação de alguns deles. É Secretária Municipal de Saúde a 4 anos, e participa ativamente do processo de gestão regional na Microrregião e na Macrorregião, inclusive como representante regional do COSEMS.

Olga acabou de reassumir o cargo de secretária de saúde, convidada pelo recentemente reeleito prefeito municipal. O período em que se passa a narrativa do Manual é o início da gestão municipal – janeiro de 2021.

Olga conhece bem a saúde em seu município, na região e até mesmo no estado e tem forte compromisso com a saúde pública, além de enorme dedicação ao trabalho. Por isso não mede esforços para fazer o SUS acontecer de verdade em Vila SUS e na região de saúde. Muitos medos e obstáculos foram vencidos nestes anos como gestora. Olga, porém, no seu cotidiano continua encontrando dificuldades na gestão da própria Vila SUS, continuam um número enorme de portarias e regras, siglas, programas, sistemas de informação, alocação de recursos por ofertas do governo federal e estadual que nem sempre conversam com as necessidades de saúde da população do município, dificuldades de estruturação e formação da própria equipe de gestão de sua Secretaria dada a complexificação dos processos da gestão, incompreensão da Procuradoria Geral do Município das regras do SUS, constante judicialização de procedimentos e medicamentos, dentre tantas outras questões.

A falta de sinergia e convergência entre os municípios, entre os municípios e a SES e as regionais, e com o MS, sempre agravou os problemas enfrentados pelos gestores, seja na descoordenação das ações de apoio técnico por parte das esferas de governo, na insegurança pelo financiamento insuficiente e a crise financeira do país, no pouco diálogo nas ocasiões em que a ação se dá de forma vertical e sem participação, também se configuraram como grandes entraves neste cenário.

Olga compreende que sua gestão e o SUS somente consegue apresentar resultados positivos, quando promove a qualificação da sua equipe de gestão e de atenção à saúde para atuar nas várias frentes e demandas das Secretarias

Municipais de Saúde. Equipes fortalecidas, qualificadas e comprometidas fazem toda a diferença para o protagonismo da gestão municipal e da produção do cuidado junto ao usuário. Outro entendimento é fundamental para a avaliação positiva da saúde em Vila SUS, que é a inserção do município e todos seus serviços de saúde na Rede de Atenção a Saúde Regional. Desde que assumiu a gestão, Olga se aproximou muito dos secretários de sua região de saúde e, juntos, conseguiram trabalhar para o fortalecimento da mesma no âmbito da regionalização.

A esse cenário, agregam-se os problemas advindos do cenário epidemiológico causado pela Pandemia da covid-19 e suas consequências. Além de conviver com casos de covid, casos sequelados e uma demanda enorme por atendimento não covid, ela e todos os gestores municipais, são chamados a opinar sobre toda e qualquer medida em diversas políticas públicas envolvendo o funcionamento da cidade. Neste cenário, Olga sempre desenvolve comunicação para toda a população. Portanto, onde couber é importante incluir intersectorialidade na execução das políticas, integração entre áreas da Gestão bem como inter e transdisciplinaridade na abordagem temática

No seu cotidiano, Olga tem encontrado apoio na rede CONASEMS COSEMS em seu estado e exerce liderança importante junto aos demais secretários de saúde da região em que se encontra Vila SUS. Junto com eles tem conseguido de forma ágil e qualificada informações para seu trabalho a frente da secretaria e também ferramentas, dispositivos e estratégias para melhor operar e construir um SUS para valer.

Com a parceria de Vitória, apoiadora do COSEMS, Olga se inseriu nos espaços de discussão bipartite e, hoje, é a vice-regional do COSEMS na região de VALE FELIZ, onde se localiza Vila SUS, Aurora, Girassol e outros quatro municípios. Joana (secretária de saúde do município de Girassol) e José Carlos (Ex secretário de saúde do município de Aurora e atual secretário de Freire) apoiaram-na muito neste processo e também participam ativamente das reuniões regionais e todas as outras promovidas pelo COSEMS de seu estado.



VILA SUS:

Vila SUS é um município de pequeno porte (15.000 habitantes) em algum lugar do Brasil. Tem grande extensão territorial, compõe uma região de saúde com mais seis municípios, sendo um deles o município de Girassol, que é o polo macrorregional, e o município de Aurora, polo microrregional e referência para maior parte das ações de saúde do município de Vila SUS. Apresenta como principais atividades econômicas o comércio local e a agropecuária.

Vila SUS apresenta cobertura de 60% da Atenção Básica e 50% de Saúde da Família. Sua rede assistencial é composta por seis Unidades Básicas de Saúde, sendo duas com atenção básica tradicional (com clínico, pediatra e gineco-obstetra), e quatro Unidades com Equipes de Saúde da Família, sendo quatro ESF (três com médicos do Programa Mais Médicos), três equipes de saúde bucal no total e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASFI).

Vila SUS possui ainda um CAPSI ('Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano'), uma Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e um hospital municipal ('Hospital Municipal Mário Magalhães'). Este último é a referência de atendimento de urgência e emergência da cidade, possui 35 leitos clínicos, um pronto atendimento com duas salas de estabilização, além de um pequeno ambulatório de especialidades, que conta com consultas em cardiologia, ortopedia, endocrinologia, pediatria, neurologia e pequenas cirurgias. O hospital conta também com um aparelho de Radiografia e um de Ultrassonografia.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS:



POPULAÇÃO **15.000**



DENSIDADE DEMOGRÁFICA **9 hab/km²**



PIB PER CAPITA **5.480,26**



% DA POPULAÇÃO EM EXTREMA POBREZA: **23,75**



% DA POPULAÇÃO COM PLANO DE SAÚDE: **3,18**

REDE ASSISTENCIAL:



ESF: 04 DE UM TOTAL POSSÍVEL DE **08**



ESB: 03 DE UM TOTAL DE **08**



SAMU: 01 USB, COM CENTRAL DE REGULAÇÃO NO MUNICÍPIO DE GIRASSOL



HOSPITAL: 01 HOSPITAL MUNICIPAL, COM **35** LEITOS

PERSONAGENS DE VILA SUS



VITÓRIA

Apoiadora regional do COSEMS, onde atua há oito anos. Antes foi Secretária Municipal de Saúde por dois mandatos, quando participou também da Diretoria do COSEMS. Gestora experiente, com formação sólida tanto nas questões normativas e legais do SUS, quanto na vivência prática do cotidiano da gestão municipal de saúde. Em 2017, passou a integrar a equipe de apoiadores do Projeto Rede Colaborativa para Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS, uma parceria pelo PROADI SUS entre CONASEMS, Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Ministério da Saúde, com adesão do Co-sems de seu estado. Esse desenvolvimento do apoio institucional, tem proporcionado momentos de formação e troca de experiências sobre o apoio realizado em todo o território nacional. No contexto da narrativa ela representa um apoiador que é uma junção da ação de toda a rede colaborativa.



THAÍS

É consultora jurídica do COSEMS. Advogada com formação em direito sanitário e experiência em Direito Administrativo, com ênfase na Gestão em Saúde. Fez especialização em Direito Sanitário, pela iniciativa da rede CONASEMS COSEMS em parceria com o Hospital do Coração – PROADI SUS, vem ajudando os demais municípios da região em ações desenvolvidas pelo COSEMS e participa dos espaços do CONASEMS que discutem Direito Sanitário, estando sempre atualizada nesta área de conhecimento. Atua junto ao COSEMS há 18 anos.



JORGE

sanitarista concursado pela SES. Atua como representante de nível central na regional de Vila SUS (VALE FELIZ). Sua tranquilidade e experiência possibilitam que coordene esta região de saúde para além da formalidade dos espaços de governança do SUS, buscando uma real integração assistencial e tecno-política dos gestores, tentando produzir de fato uma rede regionalizada de saúde.



SIMONE

atual diretora do “Hospital Municipal Mário Magalhães” de Vila SUS. Médica Pediatra, servidora de Vila SUS há 13 anos, 8 destes trabalhando ao lado de Olga nos vários espaços de gerência na secretária municipal de saúde de Vila SUS. Aceitou o desafio de reorganizar o Hospital na gestão de Olga, porque confia na amiga, e compartilha com ela o sentimento de que a hora de qualificar o SUS municipal é sempre agora.



EDUARDO

Enfermeiro Sanitarista, com formação em Epidemiologia, e longa experiência de trabalho no setor. É servidor do município vizinho, Aurora, há 20 anos, onde atuou nos vários espaços da Vigilância, do Programa Municipal de Imunização até o controle de zoonoses, passando pelo Programa DST/HIV/Hepatites Virais e atuou também na área de combate a endemias, onde participou da iniciativa da rede CONASEMS COSEMS Aedes na Mira. Contribuiu bastante para o enfrentamento da pandemia da covid-19 em Vila SUS em articulação com a coordenação de atenção básica e da RAS de Vila SUS. Conheceu Olga numa das diversas reuniões regionais de Vigilância que participou e, convidado por ela, assumiu a coordenação da Vigilância em Saúde de Vila SUS desde o início de sua primeira gestão.



FERNANDA

Farmacêutica pós-graduada em Saúde Coletiva, participou do processo de formação na integração com a APS, pela iniciativa do CONASEMS com o PRO-ADI SUS, Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Coordena a Assistência Farmacêutica de Vila SUS desde o início da primeira gestão de Olga. Naquele momento, Fernanda havia retornado ao município após atuar por vários anos na capital.



LÚCIA

É coordenadora municipal de Regulação em Vila SUS. Enfermeira experiente, entrou para o quadro da prefeitura de Vila SUS no mesmo concurso que Olga, com quem tem amizade desde então. Nesses 14 anos de atuação profissional em Vila SUS, nunca se distanciou do tema atenção especializada. Quando Olga assumiu a secretaria, não pôde pensar em ninguém melhor para o desafio de organizar a gestão da atenção especializada. .



VALÉRIA

Coordenadora da AB de Vila SUS. Psicóloga que atua há 7 anos no município no Núcleo de Apoio ao Saúde da Família, de onde articulou várias ações de Educação Permanente com os trabalhadores da Atenção Básica, conseguindo expressivas mudanças no processo de trabalho das equipes. Essas experiências fazem Olga acreditar no potencial da jovem psicóloga que demonstra muita vontade em fazer o SUS acontecer pra valer!



AURORA:

Aurora é um município de pequeno porte (42.000 habitantes) em algum lugar do Brasil. Tem grande extensão territorial, compõe uma região de saúde em que está o município de Vila SUS e o município de Girassol, que é o polo macrorregional. O município de Aurora é polo microrregional referência para dois municípios, entre eles Vila SUS. Apresenta como principais atividades econômicas o comércio local e a agropecuária.

Aurora apresenta cobertura de 90% da Atenção Básica, e 70% de Saúde da Família. Sua rede assistencial é composta por 12 Unidades Básicas de Saúde, sendo duas com atenção básica tradicional (com clínico, pediatra e gineco-obstetra), e 10 Unidades com Equipes de Saúde da Família, sendo 17 ESF (nove com médicos do Programa Mais Médicos), oito equipes de saúde bucal no total e duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Aurora possui ainda um CAPS I ('Centro de Atenção Psicossocial Nise da Silveira'), uma Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), uma Unidade de Suporte Avançado (USA) do SAMU e um hospital filantrópico ('Santa Casa de Aurora'). Este último é a referência de atendimento de urgência e emergência da microrregião, possui 40 leitos clínicos, 30 leitos cirúrgicos, um pronto atendimento com duas salas de estabilização, além de um ambulatório de especialidades, que conta com consultas em cardiologia, ortopedia, endocrinologia, pediatria, neurologia e pequenas cirurgias. O hospital conta também com um aparelho de Radiografia, um de Ultrassonografia e um Endoscópio. Este hospital é a unidade executora da maior parte da Atenção Especializada da Microrregião de Vila SUS.

PERSONAGENS DE AURORA



JOÃO PEDRO

Ex Secretário de Freire e atual secretário de saúde de Aurora, o médico sanitário inicia sua gestão na secretaria de saúde de Aurora contando com a experiência desenvolvida em Freire onde conseguiu excelentes resultados nos indicadores de saúde com aprovação da população.



MARIANA

Amiga de infância de Olga e atua há 16 anos como Enfermeira na Maternidade de Aurora.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DE AURORA



POPULAÇÃO **42.000**



DENSIDADE DEMOGRÁFICA **23 hab/km²**



PIB PER CAPITA **7.456,30**



% DA POPULAÇÃO EM EXTREMA POBREZA: **18,25**



% DA POPULAÇÃO COM PLANO DE SAÚDE: **10,03**

REDE ASSISTENCIAL:



ESF: 17 DE UM TOTAL POSSÍVEL DE **21**



ESB: 08 DE UM TOTAL DE **21**



SAMU: 01 USB E **01** USA, COM CENTRAL DE REGULAÇÃO NO MUNICÍPIO DE GIRASSOL



HOSPITAL: 01 HOSPITAL FILANTRÓPICO, COM **70** LEITOS



GIRASSOL:

Girassol é um município de médio porte (158.000 habitantes) em algum lugar do Brasil. Compõe uma região de saúde com mais seis municípios, entre eles Vila SUS e Aurora. É o polo macrorregional e referência para ações de Atenção Especializada, especialmente as de maior complexidade, da Região de Saúde. Apresenta como principais atividades econômicas o comércio local e a indústria.

Girassol apresenta cobertura de 70% da Atenção Básica e 45% de Saúde da Família. Sua rede assistencial é composta por 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo sete com atenção básica tradicional (com clínico, pediatra e gineco-obstetra), e 15 Unidades com Equipes de Saúde da Família. Nessas unidades estão lotadas 24 ESF (10 com médicos do Programa Mais Médicos), 12 equipes de saúde bucal no total e três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Girassol possui ainda um CAPSI ('Centro de Atenção Psicossocial Paulo Freire'), um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil Dom Helder Câmara), um CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas Graciliano Ramos), quatro Unidades de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), duas Unidades de Suporte Avançado (USA) do SAMU e uma Central de Regulação Regional. Girassol possui também dois hospitais em seu território, sendo um Pronto Socorro Municipal, 'Hospital Municipal Carlos Gentile de Mello', que é referência de trauma para a Região de Saúde com 110 leitos, e um hospital privado, que realiza cirurgias de média e alta complexidade, como cirurgia cardíaca, além de possuir um UNACON. Girassol apresenta ainda em seu território uma Clínica de Hemodiálise privada, referência para toda a macrorregião.

PERSONAGENS DE GIRASSOL



JOANA

Secretária de Saúde de Girassol. Atua no município há 27 anos e já foi secretária de saúde por outras três vezes. Tem larga experiência na gestão municipal de saúde, foi presidente do COSEMS e participou da diretoria do CONASEMS. Há quatro anos, assumiu novamente o desafio de gerir o SUS em seu município, o qual passa por importantes dificuldades.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DE GIRASSOL:



POPULAÇÃO **158.000**



DENSIDADE DEMOGRÁFICA **93,2hab/km²**



PIB PER CAPITA **15.590,04**



% DA POPULAÇÃO EM EXTREMA POBREZA: **27,00**



% DA POPULAÇÃO COM PLANO DE SAÚDE: **23,98**

REDE ASSISTENCIAL:



ESF: 24 DE UM TOTAL POSSÍVEL DE **08**



ESB: 12 DE UM TOTAL DE **08**



SAMU – **04** USB, **02** USA E **01** CENTRALREGIONAL DE REGULAÇÃO



HOSPITAL – **02** HOSPITAIS, SENDO **01** MUNICIPAL, COM **110** LEITOS, E **01** PRIVADO COM **80** LEITOS, E REFERÊNCIA MACRORREGIONAL PARA ALTA COMPLEXIDADE.



FREIRE:

Freire é um município de pequeno porte (18.000 habitantes) em algum lugar do Brasil. Compõe uma região de saúde com mais oito municípios. Apresenta como principais atividades econômicas o comércio local e a indústria.

Freire apresenta cobertura de 100% da Atenção Básica e 100% de Saúde da Família. Sua rede assistencial é composta por sete Unidades Básicas de Saúde, todas com modelo de saúde da família, totalizando nove equipes de saúde da família (ESF), nove equipes de saúde bucal (ESB) e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Freire possui ainda um CAPS I ('Centro de Atenção Psicossocial David Franco Basaglia'), uma Unidade de Suporte Básico (USB) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Freire possui também um hospital municipal com 33 leitos.

PERSONAGENS DE FREIRE



JOSÉ CARLOS

Ex Secretário de Saúde de Aurora. Médico Cardiologista e vereador e deputado estadual por diversos mandatos, José Carlos assumiu a gestão de Freire com a convicção de que fará um bom trabalho, pois, como o próprio sempre diz em sua vida pública e em sua prática clínica pôde conhecer por dentro os problemas da saúde pública e os caminhos para resolvê-los.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DE FREIRE:



POPULAÇÃO **18.000**



DENSIDADE DEMOGRÁFICA **25,2 hab/km²**



PIB PER CAPITA **7.060,03**



% DA POPULAÇÃO EM EXTREMA POBREZA: **17,00**



% DA POPULAÇÃO COM PLANO DE SAÚDE: **9,98**

REDE ASSISTENCIAL:



ESF: 09 DE UM TOTAL POSSÍVEL DE **08**



ESB: 09 DE UM TOTAL DE **08**



SAMU: 01 USB



HOSPITAL: 01 HOSPITAL MUNICIPAL, COM **33** LEITOS.



CÉU AZUL:

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

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

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

PERSONAGENS DE CÉU AZUL



JÚLIA

Nova secretária de saúde de Céu Azul, município vizinho de Vila SUS. Nunca trabalhou na saúde, sempre administrou o comércio da família e com sucesso nas atividades. Assumiu a gestão em Janeiro de 2021 e está encontrando muitas dificuldades. Julia nunca trabalhou na gestão, mas como o prefeito, seu amigo, não consegue fixar ninguém no cargo, aceitou ajudá-lo nesta empreitada. Céu Azul é o município da região que maior rotatividade de Secretários vem apresentando ao longo dos anos.

REGIÃO VALE FELIZ

VALE FELIZ é uma região de saúde em algum estado do Brasil e corresponde a 12% da área total do estado e 6% de sua população. Composta por 7 municípios (Girassol, Aurora, Vila SUS, Rosa Amarela, Margarida, Céu Azul e Estrela), caracteriza-se por uma paisagem com formações diversas, entre montanhas e colinas, compondo o grande vale do Rio Feliz. A diversificação da paisagem e das formas de ocupação do solo concedeu à região oportunidades nos vários setores da atividade econômica – agropecuária, comércio, serviços e indústria. Girassol é seu maior município com, aproximadamente, 158.000 habitantes e é o polo macrorregional.

REGIÃO SERRA DOS SONHOS

Localizada no limite com a região Vale Feliz, SERRA DOS SONHOS é uma região formada por Freire, e mais 8 municípios. A população residente na região corresponde a 2% da população do estado. A cobertura de equipes de saúde de atenção básica na região está acima da média estadual. No que se refere à participação dos gestores nas instâncias de pactuação, SERRA DOS SONHOS se destaca pela excelente participação dos secretários (as) na CIR e nas demais reuniões regionais e/ou estaduais.

MACRORREGIÃO DE BONS CAMINHOS

Trata-se de território que abrange as regiões de Vale Feliz e Serra dos Sonhos, composta por 16 municípios. Essa configuração foi estabelecida a partir da capacidade instalada de média e alta complexidade das duas regiões e pactuação regional para garantia do acesso. O município de Girassol é o Polo de Alta Complexidade em Oncologia e TRS. O desenho da macrorregião estabeleceu novos desafios no cotidiano da relação interfederativa.

PARTE 1

GOVERNANÇA DO SUS E CPF DA GESTÃO

CAPÍTULO

01

GOVERNANÇA E CAPACIDADE GOVERNATIVA

Novembro de 2020. Passadas as eleições municipais, Olga recebe ofício do COSEMS convocando uma reunião com todos representantes regionais com pauta importante para fortalecimento de ações de combate a pandemia, monitoramento de diversas políticas e linhas de ação de saúde pactuadas e um item de pauta sobre 2021 e a nova gestão municipal na saúde.

A reunião foi oportunidade de atualizar e aprofundar com a diretoria do COSEMS e corpo técnico, a situação de saúde, o monitoramento e debater ações para melhoria do desempenho das ações e serviços de saúde com escuta de todos os representantes regionais do COSEMS. A participação dos apoiadores regionais foi muito importante, pois ampliaram a análise e aproximaram o debate para a realidade dos diversos municípios.

No momento da pauta sobre 2021 e a nova ges-



**MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

tão municipal na saúde, foi apresentado pelo Presidente do COSEMS uma análise da conjuntura pós eleições e perspectivas para 2021. Também foi apresentada a proposta de acolhimento aos novos gestores a se realizar no primeiro semestre de 2021.

No momento das falas dos representantes regionais, Olga concordou com diversas análises e propostas sobre abordagem dos aspectos de gestão e da atenção à saúde e fez uma proposição para organizar o conteúdo do acolhimento, iniciando pelo debate da Governança do SUS tanto no que diz respeito ao próprio ente federativo município, como no que se refere a governança interfederativa. Propôs iniciar abordando o CPF da gestão: o Conselho Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde, bem como o papel da CIR, da Macrorregião, da CIB e CIT e a importância da participação dos gestores nesses foruns.

A quatro anos havia passado pelo momento de acolhimento como Secretária Municipal em sua primeira gestão e estava claro para ela que o Gestor não inicia sua gestão fazendo diagnósticos e levantamentos, mas deve começar pelo conhecimento e análise com a equipe da Secretaria Municipal de Saúde dos instrumentos de planejamento, do monitoramento do planejado verificando cumprimento de metas, da identificação das razões de avanços e insucessos e proposição de melhorias e ações.

Toda Secretaria Municipal de Saúde tem seus instrumentos de gestão vigentes até final de 2021, portanto existe um planejamento aprovado pelo Conselho e em execução através do Fundo Municipal de Saúde. Com transição de governos ou não, é um bom momento para tomar decisões e reforçar ações de saúde bem sucedidas e melhorar as que tem pior desempenho, começando sempre pela Atenção Básica.

Fortalecer o CPF da gestão é o que vai possibilitar ao gestor, governança sobre as ações e serviços de saúde, ou seja, direcionalidade pelo planejamento da agenda da saúde e governabilidade para ter capacidade governativa em sentido mais amplo envolvendo a capacidade da ação estatal na implantação das políticas e na consecução das metas coletivas, incluindo o conjunto dos mecanismos e procedimentos para lidar com a dimensão participativa e plural da sociedade.

O conceito foi e é objeto de um uso inflacionado em diversos contextos (governança global, governança eleitoral, governança corporativa, governança colaborativa), torna-se quase impossível livrá-lo de significados polissêmicos, por vezes incompatíveis entre si. E está é a razão pela qual alguns autores defendem uma fusão entre as noções de governança e governabilidade por meio do conceito de “capacidade governativa”, entendida aqui como a capacidade do estado em produzir políticas públicas que resolvam os problemas da sociedade. Segundo esta proposta de fusão, os dois conceitos (governabilidade e governança) referem-se a uma única e mesma questão: a questão funcionalista da performance do sistema político em processar as pressões oriundas tanto do ambiente social externo como do próprio sistema político.

Avaliar com o Conselho Municipal o Plano, a PAS e seus ajustes, debater a próxima conferência municipal de saúde além de verificar a programação anual de saúde e os instrumentos de prestação de contas e a situação da execução orçamentária e financeira junto a equipe do Fundo Municipal de Saúde, são fundamentais para que o novo plano de governo possa ser implementado, mesmo que o gestor continue o mesmo, como é o caso de Olga.

Essa compreensão de governança exige ainda a análise da situação em relação ao que extrapola o território municipal, mas continua sob sua responsabilidade, ou seja, o regional, a CIR, a Macrorregião e pactuações regionais, o planejamento ascendente e a construção do PRI, protocolos e critérios de acesso a serviços, logística do deslocamento dos usuários e itinerários terapêuticos, organização de referências e o fortalecimento da atenção primária em saúde como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

Olga ponderou que vários aspectos da governança do SUS já estão normatizados e consolidados, inclusive em documentos do CONASEMS e do COSEMS e assinala algumas questões para o debate com novos gestores:

- I. A importância de fortalecer competências e mecanismos de coordenação e controle interfederativo da RAS tanto na CIR quanto na Macrorregião.
- II. Observar o debate sobre Comando único do sistema X direção única sobre prestadores de serviços. Este debate envolvia disputas de poder em todas as regiões, mas também dizia respeito a acesso e cobertura de serviços, necessidades de saúde, fluxos de demanda e oferta, além de sistemas logísticos e de apoio e governança política e executiva para se concretizar. Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
- III. O papel dos Consórcios como meio de provimento de ações e serviços de saúde.
- IV. Autonomia de decisão dos gestores da saúde frente a decisão de atores externos que acabam por determinar a decisão dos fóruns de governança do SUS. É assim com os prefeitos e governadores, mas é observado, no judiciário e legislativo e nos órgãos de controle interno e externo. A complexidade do campo da gestão do SUS reside no fato de que além da grande

heteronomia de decisões dada a submissão ao campo do estado e ao campo do poder responsabilizando os gestores públicos a sentidos, conceitos e, portanto, mecanismos de governança distintos pois no seu cotidiano, os mesmos respondem não somente pelo ente federado, mas também pela legitimidade social do sistema, pelo capital social do sistema. Não existe métrica para medir capital social no SUS e não está contido em nenhuma métrica ou em indicadores de eficiência, eficácia ou efetividade frequentemente utilizados para emitir juízos e opiniões sobre o SUS.

- V. Processo de apoio técnico e político nas reuniões prévias dos gestores municipais fortalecendo a cooperação entre municípios

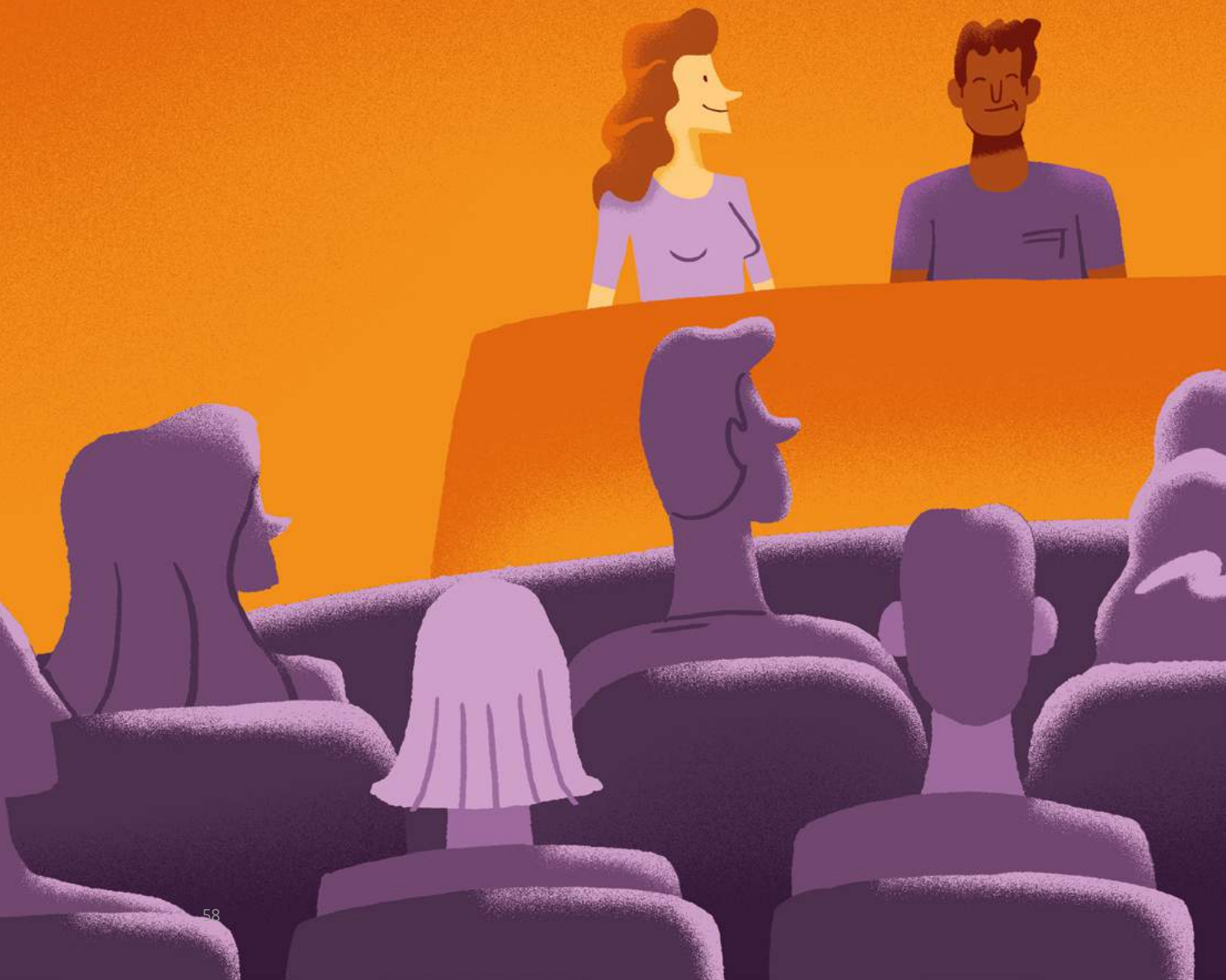
PARA SABER MAIS:

- » Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.43. p. 347-369, mar./abr. 2009
- » Freeman J. Collaborative governance in the administrative state. *UCLA Law Review* 1997; 45:1
- » Klijn, E.; Koppenjan, J. F. M. Public management and policy networks: foundations of a network governance. *Public Management*, v.2,2000
- » Calmon C, Costa ATM. Redes e Governança das Políticas Públicas. *RP3 Revista de Pesquisa em Políticas Públicas* 2013; 1:1-29
- » CASTELLS, M. A sociedade em rede. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999
- » ROBICHAU, R. W. The Mosaic of Governance: Creating a Picture with Definitions, Theories, and Debates. *The Policy Studies Journal*, vol. 39, n. 1, p. 113-131, 2011
- » SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v.43. p. 347-369, mar./abr. 2009
- » PETERS, B. G. e PIERRE, J. Governance Without Government Rethinking Public Administration. *Journal of Public Administration Research and Theory*, University of Strathclyde, Scotland, n.8, p. 223-24, 1998
- » KOOIMAN, J. *Governing as governance*. London: SAGE, 2003
- » Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no SUS.
- » ALEXANDER, E. R. A structuration theory of interorganizational coordination: cases in environmental management. *The International Journal of Organizational Analysis*, v.6, n.4, 1996.
- » MATIAS-PEREIRA, J. *Manual de gestão pública contemporânea*. 2. ed. rev. e atual. São Paulo (SP): Atlas, 2009.
- » BRESSER PEREIRA, L. C. O modelo estrutural de governança pública. *Revista Eletrônica da Reforma do Estado*, n.10, jun./jul./ago. 2010.
- » Shimizu, HE, Cruz, MS, Junior, NB, Schierholt, SR, Ramalho, WM, Ramos, MC, Mesquita, MS, Silva, EN. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Ciência e Saúde Coletiva*. v.22, n. 4, 2017.

- » Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *CONASS Debate – Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília : CONASS, 2016. 118 p. – (CONASS Debate, 6) ISBN 978-85-8071-039-7 .

CAPÍTULO

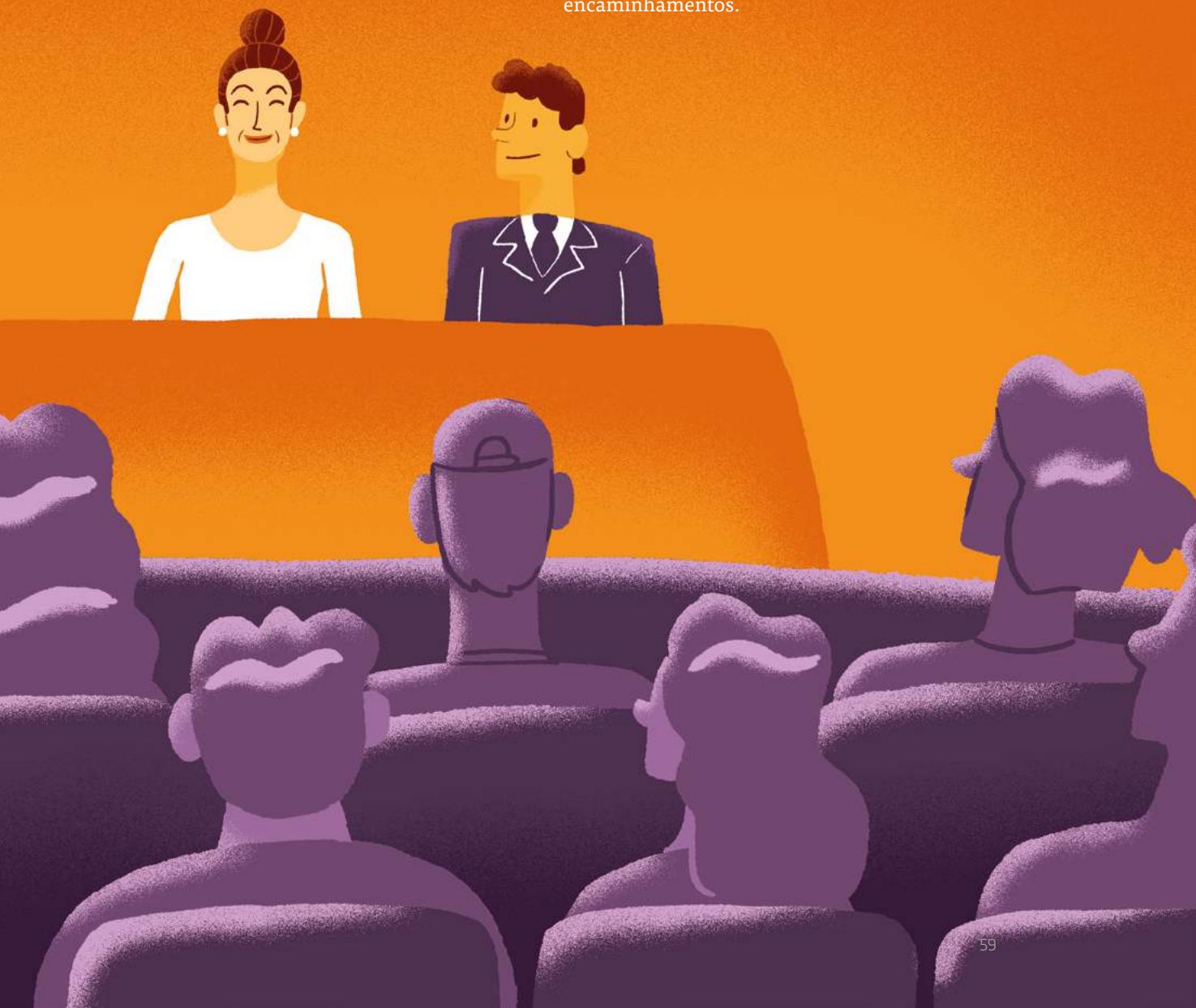
02



GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS

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

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



Olga recorda-se do tempo que conhecia pouco o papel deliberativo deste colegiado, e hoje, diante de sua experiência, avalia como importante ter em mãos as Leis 8080/90, 8142/90 e publicações de apoio sobre o tema para servir-se durante a conversa.

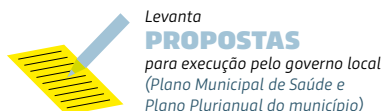
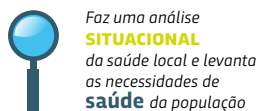
Devido à substituição de vários representantes no conselho municipal, Olga aproveitará para promover alguns esclarecimentos e discutir ações de Educação Permanente voltadas não só aos conselheiros, mas também à população, com vistas à ampliação e qualificação da participação da comunidade na saúde. Para a gestora, motivar os cidadãos de VilaSUS a defenderem a saúde é importante exercício de cidadania e fundamental para que a saúde funcione como direito e dever.

Com a chegada da Presidente do Conselho (PCMS) e demais membros da mesa diretora, Olga dá as boas vindas e inicia escutando suas demandas:

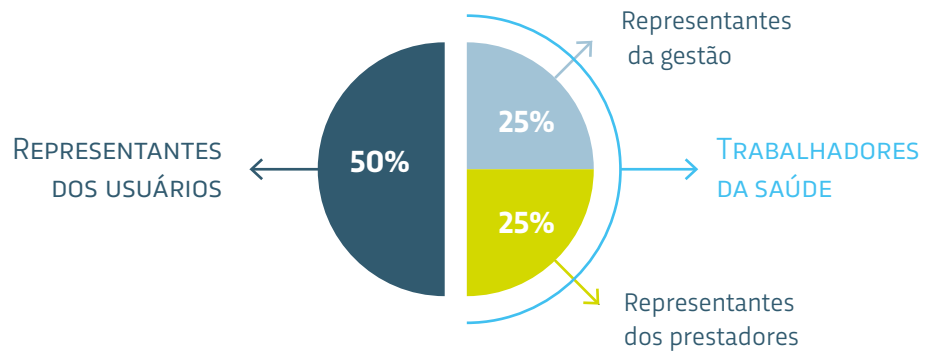
PCMS: Secretária, viemos aqui primeiramente para falar com a Senhora para combinarmos a realização da conferência municipal de saúde, pois é o primeiro ano da gestão e temos que debater e aprovar as diretrizes para o novo plano municipal de saúde e para isso temos que debater prioridades. Além disso, o Conselho Estadual de Saúde quer saber a data prevista. Também queremos reclamar que em algumas UBS faltam profissionais e outros não cumprem o horário. Achamos que o Conselho Local deve assumir o controle do registro do ponto dos trabalhadores.

Olga: Estou sempre à disposição presidente, dialogar com vocês é muito importante para nossa gestão. Então vamos conversar primeiro sobre a organização da conferência municipal. O quadro a seguir demonstra, de forma esquemática, os esclarecimentos feitos por Olga a respeito da conferência municipal de saúde:

Conferência Municipal de Saúde



Olga destaca que quem define o tema da Conferência Municipal é o Conselho Municipal de Saúde a partir do debate sobre as prioridades locais. Aponta ainda aspectos da Conferência Municipal de Saúde: a participação pode ser aberta, para envolver amplamente a população, tendo o cuidado de respeitar a paridade de seus delegados. Relembrando o que é paridade: metade dos delegados deve ser composta por representante dos usuários, e a outra metade deve ser composta por 50% de representantes dos trabalhadores da saúde, 25% representantes da gestão e 25% representantes dos prestadores.



PCMS – Muito bem Secretária, entendemos, mas como faremos e quando faremos nossa Conferência Municipal, e a segurança sanitária em função da pandemia?

Olga – Vamos ver um passo a passo de organização da Conferência Municipal de Saúde de VilaSUS?

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

Data e local do evento: Cada Município tem uma data própria, em função da data da última conferência, dos prazos de elaboração e ajustes dos instrumentos de gestão e planejamento. E em 2021, ainda temos um quadro sanitário complexo. Deve-se considerar que o novo plano municipal de saúde entra em vigor em 1/1/2022 e após a aprovação das diretrizes para elaboração do PMS – Plano Municipal de saúde pela Conferência Municipal, ele tem que ser elaborado e podem ser necessários ajustes nos demais instrumentos de planejamento da gestão e do governo municipal. Portanto, o quanto antes se fizer possível e viável sua realização, melhor estará a cidade de VilaSUS preparada para enfrentar os desafios da saúde nos próximos 4 anos (2022 a 2025).

Número de Delegados: Deve ser o mais representativo possível e considerar as regiões dentro da cidade: área urbana e suas diferenças, áreas centrais e periféricas, área rural e sua ocupação, e para isso tem que se estabelecer o processo de eleição e escolha dos delegados, a participação das instituições e associações dos usuários para propor o número de delegados. Lembre-se da paridade.

Palestrantes: O momento expositivo pelos especialistas é bom, pois pode ser esclarecedor e informativo, mas não pode ser o foco da Conferência, e sim o debate sobre as prioridades e diretrizes para o PMS – Plano Municipal de Saúde.

Despesas com a Conferência: É preciso definir qual a fonte destes recursos e sua quantidade. No caso de VilaSUS estão previstos recursos no Orçamento e na programação orçamentária.

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

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

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

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

Processo de votação: se não for eletrônico, ou via internet e portanto por meio analógico de Crachás, é importante que os crachás dos delegados sejam diferentes dos demais participantes para facilitar a identificação na hora da contagem dos votos.

Plenária Final: Tem por finalidade aprovar as propostas apresentadas e moções quando existirem.

Relatório Final: Documento que deve apresentar as principais discussões da Conferência e detalhar as propostas aprovadas. Deve ser amplamente divulgado.

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

Olga – Sem dúvida presidente, e temos que resolver como realizar a conferência sem gerar aglomeração de pessoas e garantir segurança sanitária. Mas a secretaria municipal de saúde também compõe a comissão organizadora e apoiará cada etapa. Espero que nossos delegados eleitos nos ajudem a aproximar nossas propostas enquanto governo à necessidade de saúde de nossa população e com isso melhorar continuamente a saúde e a vida em nossa cidade. É uma tarefa de grande responsabilidade, principalmente quando entendemos como funciona o planejamento ascendente do SUS e que nosso debate sobre a organização do SUS, prioridades e diretrizes na cidade irá contribuir para organização do SUS na região de saúde e no estado.

Vocês se lembram que durante a última Conferência Municipal de Saúde que realizamos no nosso primeiro ano de gestão, avaliamos a situação de saúde em VilaSUS e propomos diretrizes para a formulação da política de saúde? Pois então, temos que realizar esta mesma tarefa, e considerando o planejamento ascendente do SUS, observar no debate a agenda estratégica que a gestão municipal propõe e nosso PMS, que está atualizado.

PCMS – Mas secretária, nós aqui de VilaSUS vamos debater a saúde na região e no estado?

Olga – Não presidente, posso esclarecer algumas destas dúvidas sobre o papel dos conselheiros citando a Lei Orgânica da Saúde. Vejamos o que diz a Lei 8142 de 28 de dezembro de 1990 em seu Art. 1º: “O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

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

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

Vejam que as Conferências de Saúde são espaços democráticos de construção da política de Saúde, portanto é o local onde a população manifesta,

orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera. Nós decidimos aqui em VilaSUS, mas também contribuimos com a região e com o Estado debatendo a necessidade de saúde que vai além do território municipal e que precisa da rede de saúde na região e no estado para ser atendida.

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

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

O Conselho Municipal de Saúde propõe e acompanha as ações relativas à Saúde local, além de controlar e fiscalizar o bom uso dos recursos, uma vez que os recursos financeiros do SUS são depositados em conta especial, e toda sua movimentação está sob fiscalização do Conselho (BRASIL, 1990), seu papel também é de democratizar as decisões. Lembre-se que sua composição deve respeitar igualmente o princípio da paridade.

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

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

É importante que todos compreendam o que é, como funciona e como participar dos conselhos de saúde de nossa cidade. A participação no Conselho é vista como de relevância pública, seus membros devem defender o coletivo e se trata de um importante exercício de cidadania.

Olga chama sua secretária e agenda uma nova reunião com membros dos conselhos locais e do conselho municipal para discutir temas e propostas de ações de EP, entre eles prestação de contas, aprovação de relatórios e da programação anual da saúde. Pede a presença da secretária executiva do Conselho e da coordenadora do núcleo de educação permanente da SMS VilaSUS para que assumam a tarefa dentro da secretaria. Olga julga importante uma consulta à apoiadora Vitória para conhecer algumas melhor algumas iniciativas e experiências de EP na região de saúde para troca de conhecimento.

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

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

Olga – Considero importantíssimas as ações de Educação Permanente, pois tenho certeza que nossos conselheiros, quando compreendem melhor seu papel, podem atuar com confiança, segurança e de forma mais qualificada. Acredito que isso pode minimizar o problema frequente que temos de falta de quórum, que muitas vezes nos dificultou a apreciação das contas, ou mesmo nossas audiências públicas.

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

Olga – Vejamos presidente, essa não é a primeira vez que debatemos esse assunto. Esse problema não é generalizado, temos ciência do fato e acompanhamos de perto caso a caso, inclusive com algumas reclamações que nossa Ouvidoria nos relata. No entanto, cabe à gestão tomar atitudes administrativas, principalmente como estas de caráter punitivo. Vocês devem continuar a cumprir o papel de fiscalização e denúncia, o que nos ajuda a acompanhar os efeitos produzidos pelas medidas que tomamos com alguns trabalhadores.

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

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

PARA SABER MAIS:

- » Participação da Comunidade na Saúde: O CONASEMS e a defesa do SUS nas Conferências Municipais de saúde. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/livreto_conasemscomunidade_AFo1.pdf
- » BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- » _____. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- » _____. Presidência da República. Casa Civil. Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 30 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
- » Carvalho, Gilson de Cássia Marques de. Participação da Comunidade na Saúde. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014.

CAPÍTULO

03

PLANEJANDO O SUS NO MUNICÍPIO

Olga¹ esteve à frente da Secretaria de Saúde de Vila SUS por quatro anos e fez um trabalho que foi reconhecido na região. Isto a credenciou a ser convidada pelo prefeito reeleito de Vila SUS, para ser Secretária Municipal de Saúde em sua nova gestão. Ainda no primeiro trimestre do ano, é convocada a primeira reunião de acolhimento dos novos gestores pelo COSEMS (Conselho de Secretarias Municipais de Saúde). Já não se trata de uma novidade. Reuniões como esta, ou da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ou ainda da Macrorregião ou da Comissão Intergestores Regional (CIR) são parte da intensa rotina desta secretária de saúde.

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



PPA



LDO



LOA



Olga está impressionada com a velocidade que esta experiência de gestão do SUS vem imprimindo em sua vida. De fato, na primeira gestão Olga trabalhou intensamente. Ela sente isto. Percebe-se mais experiente e familiarizada com a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), com seus aspectos econômicos, políticos, programáticos e conceituais. Mas tal posição não a livra de possuir questionamentos e dúvidas sobre muitas coisas da gestão e do planejamento do SUS. E para esta secretária, estas reuniões são sempre um espaço potente para trabalhar suas questões. Espaço de trocas entre gestores e profissionais do SUS com diferentes formações e trajetórias.

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

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

V: Não é, Olga?! O tempo voa!

O: Vinha para reunião de hoje pensando nisto! Não acredito que já cumpri uma gestão inteira!

V: E cumpriu muito bem!

O: Mas estou cheia de questões! Espero que tenhamos um tempinho para conversar. Fui convidada para ser Secretária de Saúde de novo e preciso outra vez organizar o planejamento. Tenho ainda muitas dúvidas!

V: Vamos fazer uma conversa de acolhimento com os novos gestores da região, você seria muito importante nesta conversa sobre nossas responsabilidades no planejamento.

Se para Olga esta reunião não é novidade, para Julia é. Recém-emposada ao cargo de secretária de saúde de Céu Azul, Julia inicia sua primeira experiência em gestão. Sem experiência no SUS ou mesmo na administração pública, Julia está preocupada. Nos últimos 4 anos, Céu Azul teve cinco secretários. A última, Íris, fez de tudo para organizar o sistema de saúde, mas teve pouco tempo e aconteceu a pandemia. Tal dificuldade de fixação de um secretário colocou este município em uma situação de desorganização da gestão e sem planejamento atualizado.

Ao fim da reunião do COSEMS, Julia procura Vitória. Está cheia de dúvidas sobre seu início de gestão. Olga percebe a conversa e se aproxima, sendo apresentada a nova secretária de Céu Azul por Vitória. A apoiadora está explicando à Julia a importância de, neste momento, se dedicar a produção dos instrumentos de planejamento do SUS. Vitória explica à Júlia os marcos legais / normativos importantes à definição e organização do planejamento e dos instrumentos de planejamento, e aponta a necessidade de Julia estudar os instrumentos vigentes de Céu Azul,

mesmo diante do fato de que segundo Julia estão desatualizados e não sofreram ajustes desde que foram elaborados, tardiamente, há 2 anos:

- » **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**, lei orgânica da saúde que estabelece os princípios do SUS e as atribuições dos entes da federação, estabelece o planejamento ascendente
- » **O Decreto nº 7.508², de junho de 2011** regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990 e dispõe sobre alguns aspectos do planejamento, sendo da obrigação do gestor público a elaboração e apresentação de instrumentos de planejamento. Por fim, o decreto também trata de aspectos da assistência e da articulação interfederativa;
- » **A Lei Complementar nº141³, de janeiro de 2012 (LC 141/2012)** regulamenta o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CF 88), definindo as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com o SUS dos três entes federativos; a determinação do planejamento ascendente, e do rateio como mecanismo de financiamento do SUS;
- » **O Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017⁴** (que substitui a Portaria nº 2135, de setembro de 2013), que estabelece diretrizes para o planejamento do SUS, define como instrumentos do planejamento em saúde o Plano Municipal de Saúde (PMS), a Programação Anual da Saúde (PAS), o Relatório Anual de Gestão (RAG) e o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e orienta os pressupostos para o planejamento.

2 BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm > Acesso em: 25/02/2021.

3 BRASIL. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm > Acesso em: 25/02/2021.

4 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (Título IV, Capítulo I). Brasil, Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: < http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html > Acesso em: 25/02/2021.

ESTES SÃO OS QUATRO PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO DO SUS:



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS);



PROGRAMAÇÃO ANUAL DA SAÚDE (PAS);



RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG);



RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA).

Vitória explica à Julia que a Secretaria Municipal de Saúde e, consequentemente, seu Secretário de Saúde, possuem responsabilidades não apenas com a elaboração dos diversos instrumentos de planejamento, mas também com os prazos estabelecidos para a apresentação destes ao Conselho Municipal de Saúde.

Vitória organiza uma reunião na região com os gestores sobre o planejamento no início da gestão. Nesta reunião pode contar com gestores experientes que permaneceram como secretários municipais de saúde na macrorregião MRS de Bons Caminhos, como João Pedro, atual Secretário de Aurora, Joana de Girassol.

Ao iniciar a reunião, Vitória apresenta os demais apoiadores que auxiliarão a gestão e descreve o papel que exercerão se utilizando das estratégias da educação permanente, como descrito no texto inicial deste Manual sobre a Rede Conasems Cosems. Estavam presentes na reunião todos os apoiadores que atuam no SUS na MRS. Nenhum apoiador fará o papel do gestor, sua missão é apoiar a qualificação da gestão. Todos têm em comum a necessidade de apoiar a institucionalização e acompanhamento do planejamento como uma atribuição da gestão nos diversos foros de governança do SUS.

Olga relata a experiência anterior e a importância do planejamento como instrumento do gestor para a construção e condução de sua agenda como secretária.

O: o planejamento é uma forma de trabalho da gestão e não um processo de elaboração de documento cartorial, embora ele precise se configurar como um documento de consenso, é mais um guia para o processo permanente de trabalho do gestor.

V: Isso mesmo Olga, o uso do Planejamento na gestão do SUS pode ser visto como método de formulação de políticas, como tecnologia de gestão, como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, e ainda deve ser visto também como ação comunicativa para o fortalecimento do controle social do SUS e como instrumento de regulação, controle e auditoria do processo de produção de serviços.

V: durante o acolhimento foi divulgado uma técnica simplificada de visualização do trabalho do gestor e suas preocupações iniciais importantes. Trata-se do MAPA ESTRATÉGICO DA GESTÃO.. Este mapa deve ser elaborado pelo gestor para ajudá-lo a entender toda a dimensão de suas atividades. Antes de aprofundarmos nossos conhecimentos sobre o planejamento, vamos fazer individualmente este mapa aqui e discutirmos as dificuldades de seu entendimento (ver texto inicial deste Manual sobre "Ser Gestor").

JP: ser gestor sem usar do planejamento como instrumento de gestão é deixar ao léu os destinos da saúde de seu município. Não há gestão de qualidade sem que o gestor utilize do planejamento como forma de trabalho permanente.

O: a primeira coisa que necessitamos entender é que o planejamento não pode ser uma simples soma de planos fragmentados por área técnica, há que se ter uma análise da importância das ações de cada área técnica serem direcionadas pelos objetivos e metas relacionadas às necessidades de saúde da população de seu município. Some-se a isso a questão orçamentária, que sempre insuficiente, vai determinar que o planejado foque as ações de maior importância local. O plano é um documento vivo que se altera com as mudanças na realidade sanitária do município. O Planejamento permanente é uma técnica para qualificar a gestão.

Julia: Entendi. Fizemos o mapa estratégico e ele mesmo aponta para a necessidade de adotarmos o planejamento como forma de trabalho. Queria perguntar: como fazer o planejamento no município?

Vitória apresenta e discute um passo a passo e explica que este passo a passo precisa respeitar o ritmo, os tempos e os processos administrativos e políticos instituídos no âmbito da prefeitura.

Para a construção do Plano Municipal de Saúde 2022-2025, é de extrema importância revisar os instrumentos anteriores, o plano de governo da gestão, e as propostas aprovadas pela Conferência Municipal de Saúde, a fim de subsidiar as ações de saúde do município para o próximo quadriênio.

Como elaborar um plano de saúde.

1. Plano de governo: o plano de governo para a saúde é a proposta que o prefeito submeteu às urnas e foi vencedor. Isto precisa ser valorizado porque tem uma origem com a maior validação democrática. Uma boa parte dos gestores que assumiram agora a gestão ajudaram o atual prefeito na campanha e na elaboração deste plano de governo. Deve nortear o plano de saúde a ser construído.
2. Nunca compre um plano elaborado por terceiros, sem a participação da gestão em sua elaboração. Prefira o trabalho de planejamento por sua equipe. Mesmo com consultoria externa, se for sua opção, a participação de todos é vital (itens 4 e 5 abaixo). É mais trabalhoso, mas gestão sem planejamento não pode ser considerada gestão.
3. Organize o processo de planejamento de tal maneira que os instrumentos de planejamento da saúde (PMS, PAS) dialoguem com os instrumentos de planejamento e de governo (Plano Pluri Anual- PPA e projeto de lei orçamentária).
4. Participação: quando toda a equipe da SMS participa da elaboração do plano, todos se sentem como parte do plano. Isto por si só já muda a disposição em fazer cumprir o planejado. Veja a participação dos serviços organizados e dos trabalhadores de saúde como importantes no planejamento. Mobilize-os para discutir o plano.
5. Participação da comunidade: preceito constitucional. Nele se encaixa o Controle Social, encarregado de determinar as diretrizes para a formulação do plano. Em um segundo momento da participação da comunidade, de posse das diretrizes apontadas pelo Conselho Municipal de Saúde, o gestor pode estender a participação da comunidade fazendo reuniões nos bairros ou regiões municipais para discutir estas diretrizes.
6. Diretrizes para a elaboração: cabe ao conselho municipal de saúde a construção destas diretrizes. Elas são elaboradas a partir de uma análise das diretrizes apontadas pelo Conselho Nacional de Saúde que as aprova no Plano Nacional de Saúde e do Conselho Estadual de Saúde que também as fizeram a partir do Plano Estadual de Saúde. É o Conselho Municipal de Saúde que fará uma análise de pertinência para o município das diretrizes apontadas pelos outros entes. Esta análise é feita ponderando-se as necessidades de saúde do município e isto

pode significar uma ação maior de uma determinada área, com metas maiores que médias nacionais ou determinar a não pertinência desta ou daquela diretriz estadual ou nacional.

7. O Plano Municipal de Saúde PMS deve ser encaminhado para aprovação no Conselho municipal. Observe abaixo os conteúdos e sugestões para elaboração. Deve ser a síntese das discussões elaboradas. No Conselho, o gestor deve se fazer presente e discutir todos os pontos de tal forma que o plano represente de fato o enfrentamento de problemas de saúde e a atenção necessária para equacionar a maior parte possível das necessidades de saúde de sua população.
8. Informe os sistemas de informação do SUS. DIGISUS.
9. **Deverão serem observadas as pactuações regionais em curso e estas deverão estar contidas no PMS.** Todas as vezes que houver uma pactuação regional sobre a atenção deve haver uma adequação do PMS à estas resoluções dos foros de gestão do SUS. Também pode haver ajustes em função de políticas nacionais e estaduais. Discuta com o Conselho as alterações necessárias.
10. Agora, elaborado o plano, ocupe-se de produzir os demais instrumentos de gestão como a Programação Anual de Saúde, feito a partir do determinado no PMS, como veremos à frente.

FIGURA 1: **Cronograma dos instrumentos de planejamento e orçamento**



Fonte: elaborado pelo autor.

A obrigatoriedade do **Plano Municipal de Saúde (PMS)** na gestão do SUS está prevista nos principais dispositivos legais que norteiam o processo de gestão do SUS. O PMS é uma importante ferramenta de gestão e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal; no processo de definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, das mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos; no processo de definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas empreendidas; e no processo de monitoramento e avaliação da gestão.

O PMS deve estar sempre em “diálogo” com os dispositivos legais do SUS e em sintonia com os espaços participativos da gestão, em especial, do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e das Conferências de Saúde. Além disto, o PMS é elemento fundamental a Programação Anual de Saúde (PAS)⁵ e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

O PMS deve conter uma **análise situacional da saúde do município** (a estrutura do sistema, sua rede de saúde, as condições socio sanitárias, os fluxos de acesso internos e externos ao município, os recursos financeiros, descrição dos processos de gestão do trabalho e da educação na saúde, e a descrição dos processos de inovação tecnológica em saúde), uma **descrição das prioridades, dos objetivos, diretrizes, metas e indicadores**, e uma **descrição dos processos de monitoramento e avaliação**. Sua validade é de quatro anos – do segundo ano do governo recém-eleito ao primeiro ano do próximo governo – devendo ser apresentado no primeiro ano de governo, e, consequentemente, subsidiando o planejamento orçamentário do município.



PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE (PMS):

» Conteúdo básico:

- *Análise situacional da saúde do município;*
- *Objetivos, diretrizes, metas e indicadores;*
- *Monitoramento e avaliação.*

» Validade: 4 anos, do segundo ano do atual governo ao primeiro ano do próximo governo.

» Prazo: 2021

A **Programação Anual de Saúde (PAS)** descreve anualmente as **ações** e seus respectivos **recursos** financeiros planejados e, também, os **objetivos** e **metas** atrelados a tais ações. A proposta de PAS para o ano seguinte, deve

5 MOTTIN, LM. **Elaboração do Plano Municipal de Saúde: desafio para o município. Um estudo no Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro.** Dissertação (mestrado) ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999. Disponível em: <<http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/mottinlmm/capa.pdf>> Acesso em: 25/02/2021.

ser aprovada pelo CMS antes do encaminhamento da LDO (visto que a PAS subsidia o planejamento orçamentário do município) do exercício correspondente, sendo sua execução no ano subsequente. A proposta de PAS deve ser apresentada para subsidiar o planejamento orçamentário do município até fins do mês de março, para sua vigência no ano seguinte⁶.



PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)⁷:

» **Conteúdo básico:**

- Metas (atreladas a);
- Ações (atreladas a);
- Recursos.

» **Validade: anual.**

» **Prazo: final de março de cada um dos 4 anos de governo.**

O **Relatório Anual de Gestão (RAG)** é outro importante instrumento de planejamento do SUS, previsto em diversos dispositivos legais do SUS como LC 141/2012 e no Título IV, Capítulo I, da Portaria de Consolidação nº1, de 28 de setembro de 2017. O RAG refere-se à apresentação de resultados atrelados à Programação Anual de Saúde, devendo conter as **diretrizes, objetivos e indicadores** do PMS; as **metas previstas e executadas da PAS**; a análise da **execução orçamentária**; e recomendações necessárias, inclusive redirecionamentos necessários à revisão do PMS. O RAG deve ser enviado ao CMS até 30 de março do ano seguinte à sua competência para análise e emissão de parecer pelo conselho.



RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO (RAG):

» **Conteúdo básico:**

- Diretrizes, objetivos e indicadores do PMS;
- Metas previstas e executadas da PAS;
- Resultados;
- Análise da Execução Orçamentária;

» **Validade: anual.**

» **Prazo: final de março de cada um dos 4 anos de governo.**

6 MINAS GERAIS. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais. **Manual: Prazos da gestão à vista**. Belo Horizonte, 2016. Disponível em: < http://www.cosemsmg.org.br/site/Arquivos/06_publicacoes/03_Manual%20do%20Gestor/Prazos%20da%20GestA%20o%20A%20Vista%20-%206a%20EdiA%20A%20o.pdf > Acesso em: 25/02/2021.

7 Deve ser embasada na Portaria 3.992. Ver detalhes no Capítulo 4.

Também se destaca como instrumento de planejamento do SUS o **Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA)**. Este deve ter seu conteúdo semelhante ao RAG, que será produzido a partir do somatório dos 3 RDQA, focando-se ao período quadrimestral, devendo ser entregue nos meses de maio, setembro e fevereiro, sempre referente ao quadrimestre anterior. Deve servir ao monitoramento da execução da PAS e do PMS. Além da elaboração do RDQA, o gestor da saúde deve apresentar prestação de contas quadrimestralmente em audiência pública na Câmara de Vereadores. O RDQA deve conter informações sobre o montante e a fonte dos recursos aplicados no quadrimestre analisado; descrever as auditorias (e suas recomendações) realizadas ou em execução no período analisado; descrever a produção e oferta de serviços da rede SUS (dos serviços contratados e conveniados inclusive), relacionando esta produção aos indicadores de saúde.



RELATÓRIO DETALHADO DO QUADRIMESTRE ANTERIOR (RDQA):

» **Conteúdo básico:**

- *Resultados da execução da PAS;*
- *Recursos aplicados no período;*
- *Auditorias realizadas ou em execução e suas recomendações;*
- *Oferta e produção de serviços da rede própria e conveniada/contratada;*

» **Validade: quadrimestral.**

» **Prazo: deve ser entregue nos meses de maio, setembro e fevereiro referentes aos quadrimestres janeiro-abril, maio agosto e setembro-dezembro, respectivamente.**

Atenção: veja que o primeiro relatório quadrimestral em fevereiro será do último quadrimestre do ano anterior a atual gestão.

O 4º parágrafo do artigo 36 da LC 141/12 dispõe sobre um modelo padronizado simplificado para o RDQA, para os municípios até 50 mil habitantes, cujo instrumento mereceu aprovação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nos termos da resolução CNS nº459, de 10 de outubro de 2012, que contempla a estrutura do relatório.

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

DigiSUS Gestor – Módulo de Planejamento (DGMP): Sistema de informação desenvolvido a partir das normas de planejamento do SUS, devendo ser alimentado pelas gestões municipais e estaduais, segundo

as informações produzidas nos instrumentos de gestão (PMS,PAS,RAG e RDQA) e as pactuações interfederativas (metas e indicadores pactuados nacionalmente na Comissão Intergestores Tripartite - CIT)⁸.

É necessário ter clareza de que estes instrumentos do planejamento do SUS, em especial o PMS e a PAS, dão subsídios não apenas para a gestão do SUS, mas também para a formulação e gestão do orçamento municipal. Neste sentido, o cronograma e os prazos que regem estes instrumentos estão intimamente ligados ao cronograma dos instrumentos legais do orçamento municipal.

OS TRÊS PRINCIPAIS INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO SÃO:

- » **Plano Plurianual (PPA)**
- » **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)**
- » **Lei Orçamentária Anual (LOA)**



O **Plano Plurianual (PPA)** é um instrumento da administração e do planejamento públicos cujo conteúdo é a programação do governo, para **quatro anos**, de suas **diretrizes, objetivos e metas**, descrevendo os **programas e ações** que resultarão em bens e serviços para a população. Seu período de vigência é semelhante ao PMS, ou seja, do **segundo ano do governo vigente ao primeiro ano do governo sucessor**. Desta forma, o aumento de despesa decorrente de expansão ou criação de novas ações e serviços deve estar previsto no PPA. Este deve estar em coerência em relação ao PMS e às leis orçamentárias. Seu prazo de encaminhamento ao legislativo é quatro meses antes de se encerrar o primeiro exercício financeiro - **31 de agosto**.



A **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)** é outro instrumento da administração pública, responsável por **mediar a PPA e a LOA**, definindo **diretrizes e metas prioritárias** – contidos no PPA – relacionando-as à viabilidade orçamentária subsequente ao exercício. Portanto, a LDO deve conter as metas e objetivos prioritários; orientações para a elaboração da LOA; quaisquer alterações nas leis tributárias e na política de pessoal e a fixação de limites orçamentários para os poderes.

8 Para maiores informações sobre o **DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento**, consultar: Manual do Usuário – Módulo Planejamento: DigiSUS Gestor. Disponível em: < http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/12/Manual_7250273_INSTRUTIVO_GERAL_DGMP_26_11.Final_.pdf > Acesso em: 25/02/2021.

A LDO, em decorrência da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)⁹, também deve conter aspectos do equilíbrio entre receita e despesas; dos critérios e limites para empenho; das normas de avaliação e controle dos recursos de programas atrelados ao orçamento; das condições para transferências de recursos a instituições públicas ou privadas, da caracterização das metas fiscais e dos riscos fiscais. A LDO deve ser objeto de audiência pública dos Poderes Executivos e Legislativos. Seu prazo para encaminhamento à Câmara de Vereadores é de oito meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro – 15 de abril.



A **Lei Orçamentária Anual (LOA)** é o instrumento da gestão pública que descreve as ações a serem realizadas pelo governo, define as receitas e autoriza os gastos para a execução, devendo ser compatível ao PPA e à LDO.

O Orçamento deve ter como um de seus objetivos a redução de desigualdades sociais, devendo ser destinado à melhoria da distribuição de renda; à universalização dos serviços públicos; à correção de imperfeições do mercado ou dos efeitos negativos deste; à manutenção da estabilidade social e econômica; ao fomento do crescimento econômico¹⁰.

Desta forma, o conteúdo da LOA refere-se à apresentação das **receitas** e das **despesas planejadas**. O projeto de Lei deve ser enviado à Câmara de Vereadores até quatro meses antes do final do exercício financeiro (31 de agosto). O monitoramento da execução orçamentária é realizado quadrimestralmente (maio/setembro/fevereiro) cabendo à Câmara a avaliação das metas fiscais e o CMS, dentro de sua atribuição, avalia a execução orçamentária e financeira da saúde¹⁰.

Olga acompanhou o debate sobre planejamento do SUS na MRS com a participação de todos os gestores sobre os instrumentos de planejamento do SUS e do governo. Ao longo da conversa também discorreu sobre sua experiência em Vila SUS. Lembrou da importância do PMS ser elaborado e aprovado por um CMS em funcionamento, assim como orienta a LC 141/12.

V: o planejamento no SUS é dinâmico e permanente, obedecendo um processo ascendente. Os Planos municipais, regionais, estaduais e nacional devem ser integrados de forma a dar unicidade no planejamento do SUS e do próprio SUS.

9 Para saber mais sobre a LRF, consultar: Senado Federal. Lei de responsabilidade fiscal. Brasília, Senado Federal, Coordenação de edições técnicas, 2017. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/530796/LRF_1ed.pdf> Acesso em: 25/02/2021.

10 CNM. Confederação Nacional de Municípios. **Planejamento Municipal**. Brasília, CNM, 2013. Disponível em: <<http://www.cnm.org.br/biblioteca/exibe/954>> Acesso em: 25/02/2021.

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

V: Júlia voce ja ouviu falar sobre o DigiSUS?

J: Nossa, mais uma coisa que preciso conhecer. Logo, Vitória se encarrega em explicar:

O Sistema DigiSUS Gestor Módulo Planejamento (DGMP) faz parte da estratégia e-Saúde e foi regulamentado pela Portaria GM/MS no 750, de 29 de abril de 2019. Este Sistema foi desenvolvido a partir das normativas do planejamento em saúde do SUS, com respeito ao ciclo de planejamento, tendo como objetivo buscar o aperfeiçoamento da gestão em saúde, facilitar o acompanhamento das políticas de saúde, aprimorar o uso dos recursos públicos, apoiar aos gestores na elaboração dos instrumentos de planejamento em saúde, e dar transparência das políticas de saúde e do uso dos recursos públicos em saúde. Deve ser obrigatoriamente utilizado pelos estados, Distrito Federal e municípios, para registrar as informações e anexar os documentos relativos: ao Plano de Saúde; à Programação Anual de Saúde; e, também, para elaborar os Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior - RDQA; e Relatório Anual de Gestão - RAG. Além disso, por meio do Sistema é realizado o envio ao Conselho de Saúde, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, contemplando o fluxo ascendente de que dispõem as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite - CIT; do RDQA, para inclusão da análise pelo Conselho, nos termos do art. 41 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; e do RAG, para inclusão da análise e do parecer conclusivo pelo Conselho, nos termos do § 1º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

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

V: Vai sim Júlia! E eu e o COSEMS estamos aqui para apoiá-la! Você e sua equipe produzirão nos próximos meses o PMS, a PAS, o RAG e o RDQA de Céu Azul. A PAS deve estar coerente com o PMS. Isto contribuirá no planejamento orçamentário de seu município. E no ano que vem novamente uma PAS, um RAG e 3 RDQA. Estes instrumentos devem fazer parte do seu cotidiano, apoiando sua gestão!

Atenção Secretário veja indicação de passo-a-passo ao final deste capítulo.

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

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

QUADRO 1: Instrumentos do Planejamento da Saúde e do Planejamento do Orçamento de Governo

INSTRUMENTOS	CONTEÚDO/SÍNTESE DO INSTRUMENTO	PERÍODO/VALIDADE DO INSTRUMENTO	PRAZO
PMS	<ul style="list-style-type: none"> - Análise situacional da saúde do município; - Objetivos, diretrizes, metas e indicadores; - Monitoramento e avaliação. 	Válido por quatro anos. Do segundo ano da gestão que se inicia ao primeiro ano da gestão subsequente.	2021
PAS	<ul style="list-style-type: none"> - Ações a serem realizadas; - Recursos a serem mobilizados; - Metas a serem alcançadas. 	Sua validade é de um ano, sempre o ano subsequente a sua apresentação.	Deve ser apresentada ao CMS até fins de março de cada ano de gestão, em consonância ao PMS. Subsidia a LOA.
RAG	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados atrelados à PAS; - Objetivos, diretrizes, metas e indicadores; - Metas previstas e executadas; - Execução orçamentária. 	Período de um ano, sendo seu objeto o ano anterior à sua apresentação.	Deve ser apresentado ao CMS até fins de março de cada ano.
RDQA	<ul style="list-style-type: none"> - Conteúdo semelhante ao RAG, referente ao quadrimestre anterior. 	Período de quatro meses, sempre referente ao quadrimestre anterior ao mês de apresentação (exceto o de fevereiro, cujo período é de setembro a dezembro).	Sempre ao final dos meses de maio, setembro e fevereiro do ano subsequente.
PPA	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos, diretrizes e metas; - Programas e ações. 	Válido por quatro anos. Do segundo ano da gestão que se inicia ao primeiro ano da gestão subsequente.	Deve ser enviado ao Legislativo até 31 de agosto do primeiro ano de governo.
LDO	<ul style="list-style-type: none"> - Diretrizes e metas prioritárias; - Alterações em leis tributárias e de pessoal; - Limites orçamentários; - Limites e critérios para empenho; - Normas para avaliação e controle; - Condições para transferências. 	Validade de um ano, sendo seu objeto o ano subsequente à sua apresentação.	Deve ser enviada ao Legislativo até 15 de abril.
LOA	<ul style="list-style-type: none"> - Ações a serem realizadas; - Receitas a serem mobilizadas; - Gastos autorizados. 	Validade de um ano, sendo seu objeto o ano subsequente à sua apresentação.	Deve ser enviada ao Legislativo até 31 de agosto.

*Quadro produzido pelo próprio autor

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



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

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

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

Vitória lembra que há mais ou menos quatro anos teve uma conversa semelhante com Olga. A apoiadora havia apresentado a gestora de Vila SUS um panorama do Planejamento em Saúde (PS) e do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Lembra ainda que na Estratégia de Saúde da Família as reuniões de planejamento de cada equipe devem ser pelo menos mensal.

Olga: Julia, minha experiência com o PES foi bem interessante! Ele pode te ajudar a identificar os principais problemas e desafios da saúde de Céu Azul, identificar os sujeitos sociais e políticos da cidade, definir objetivos para a gestão e visualizar as ações necessárias para a organização do plano de saúde e, até mesmo, para a organização de sua gestão, de uma forma geral.

O **Planejamento em Saúde** diz respeito ao **método, à teoria e à prática** de se **planejar e organizar ações, serviços, programas, políticas e sistemas de saúde**¹¹.

Já o **Planejamento Estratégico-Situacional (PES)** refere-se a uma teoria e método trabalhados no PMS, que para além da perspectiva econômica e de eficiência dos custos, considera a dimensão política e estratégica do planejamento, propondo-se participativa, reconhecendo os sujeitos que vivem a realidade que se quer planejar, a influência e a necessidade da participação destes no processo de planejamento¹⁰.

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

Problemas: dividem-se em estruturados (os quais são possíveis de se tratar de maneira mais normatizada) e os semi-estruturados (problemas que normalmente envolvem diversos atores e perspectivas sobre o problema e que exigem soluções e ações que, embora, em alguma medida sejam técnicas, dependerão de negociações e mediações de ordem política e social).

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

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

MOMENTO EXPLICATIVO 	<ul style="list-style-type: none">- Identificação problemas;- Seleção de problema prioritários/estratégicos (classificação criteriosa dos problemas);- Descrição dos problemas (uso de indicadores e descritores qualitativos e quantitativos);- Elaboração da rede de causalidade dos descritores de problemas e identificação dos nós-críticos (ponto da rede de causalidade que se avalia estratégica a intervenção e sobre a qual se formulará uma ação).
MOMENTO NORMATIVO 	<ul style="list-style-type: none">- Definição da situação-objetivo (transformação dos descritores em resultado esperado);- Elaboração do plano de operações (cada operação é um conjunto de ações);- Reconhecimento de cenários possíveis;- Definição dos recursos necessários e dos produtos e resultados esperados em cada ação.
MOMENTO ESTRATÉGICO 	<p>Análise de viabilidade (segundo as diversas dimensões do plano: política, econômica, cognitiva, organizativa, etc):</p> <ul style="list-style-type: none">- Elaboração de uma agenda estratégica;- Discriminação dos recursos necessários;- Reconhecimento de que atores controlam os recursos necessários, bem como suas motivações perante o plano;- Definição de operações estratégicas (operações necessárias e não viáveis).
MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL 	<ul style="list-style-type: none">- Definições das ações a serem executadas com responsáveis e agenda, avaliação do plano, segundo variáveis como os descritores dos problemas, os nós críticos, o andamento das operações, entre outros.

Fonte: elaborado pelo autor com base em RIVERA e ARTMANN, 2012¹²

Análise de situação

A elaboração de uma análise da saúde em Céu Azul é fundamental para o início de gestão. O Mapa Estratégico ajuda a começar a pensar sobre isto. Esta análise inicial deve subsidiar as discussões nas oficinas e compor a análise situacional presente no PMS.

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

QUADRO 3: Componentes da análise da situação da saúde municipal

ANÁLISE DA SAÚDE MUNICIPAL

COMPONENTE	DESCRIÇÃO	FONTE
<i>Informações demográficas, epidemiológicas e assistenciais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dados territoriais, economia, cobertura da rede de saneamento e esgoto; - População total e estratificada por faixa etária, sexo e raça e bairro de moradia. Dados de renda e educação; - Principais doenças infecciosas, não infecciosas e outros agravos relevantes. Taxas de morbidade e de mortalidade estratificado por idade, número de nascidos vivos; - Número de atendimentos e de procedimentos realizados pela rede de Vila SUS e oferecidos à população residente no município, comparando a parâmetros assistenciais. 	<ul style="list-style-type: none"> - DATASUS; - IBGE; - Instrumentos locais de informação¹³.
<i>Informações sobre Recursos Humanos, a qualidade das unidades e serviços assistenciais</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Força de trabalho com que conta a SMS; - Número de unidades assistenciais, segundo sua complexidade (primária, secundária, terciária); - Número de consultórios; - Número de equipamentos de exame e diagnóstico; - Leitos de internação e leitos cirúrgicos, Unidades Intermediárias e Unidades de Tratamento Intensivo; 	<ul style="list-style-type: none"> - CNES; - Instrumentos locais de informação; - Ouvidoria; - Avaliação de satisfação; - Aplicação de instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços.
<i>Informações dos sistemas de apoio terapêutico e diagnóstico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura da rede farmacêutica; - Número de equipamentos para exame/capacidade instalada; - Número de profissionais aptos a operação dos equipamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> - DATASUS; - CNES; - Instrumentos locais de informação.
<i>Informações dos sistemas de apoio logístico</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura de transporte; - Estrutura informacional (registro de informações assistenciais, cadastro de usuários, prontuário, serviços utilizados, agendamentos, etc); 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos locais de informação.
<i>Informações sobre o ciclo orçamentário da gestão anterior</i>	<i>Identificação das principais ações e recursos mobilizados pela saúde.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos locais de informação; - PMS (anterior); - PAS (as últimas produzidas); - RAG (as últimas produzidas).

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

13 Entende-se que subunidades de gestão da Secretaria Municipal de Saúde possuem formas e instrumentos singulares para operarem a gestão e o monitoramento das ações e da estrutura gerida. Desta forma, a nova gestão deve buscar junto à estas subunidades as informações desejadas para a produção da análise situacional da saúde para o PMS.

O conteúdo básico dos quatro instrumentos (PMS, PAS, RAG, RDQA), bem como seus prazos e validade já foram descritos anteriormente neste capítulo, e a elaboração destes deve estar prevista na organização da Gestão.

Já, em relação às oficinas para a elaboração do PMS, propõe-se foco nos **dois primeiros momentos do PES** - o **momento explicativo** e o **momento normativo** – visto que estes subsidiam a elaboração dos instrumentos do SUS. Com isto, acredita-se ser possível a elaboração do PMS de forma participativa junto ao CMS e a outros sujeitos sociais.

Desta forma, pode-se pensar o processo de elaboração do PMS, com base nas seguintes atividades:

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

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	SUJEITOS SOCIAIS PARTICIPANTES	PRODUTO ESPERADO
<i>Oficinas do Grupo de Trabalho do Plano de gestão</i>	<i>Análise situacional da saúde e debate sobre prioridades, metas e objetivos. Proposta de PMS.</i>	<i>- Equipe de gestão.</i>	<i>- análise do plano de governo para saúde apresentada nas últimas eleições; - Levantamento dos dados referentes ao diagnóstico do PMS; - Identificação de prioridades, metas e objetivos; - Elaboração de indicadores para o monitoramento; - Sistematização dos componentes do plano e elaboração de proposta de PMS.</i>
<i>Reuniões com Prefeito e equipe</i>	<i>Definição das prioridades e metas para a saúde no quadriênio no âmbito do governo. Análise da viabilidade do plano.</i>	<i>- Secretária de Saúde e sua equipe dirigente SMS; - Prefeito e sua equipe.</i>	<i>- Identificação de prioridades, metas e objetivos; - Análise de viabilidade política e orçamentária da proposta de PMS.</i>
<i>Oficinas do CMS de Céu Azul¹⁴</i>	<i>Discussão e sistematização das propostas do PMS.</i>	<i>- Equipe de gestão; - CMS.</i>	<i>- Proposta de PMS.</i>
<i>Reunião do CMS</i>	<i>Avaliação e aprovação do PMS pelo CMS.</i>	<i>- Equipe de gestão; - CMS.</i>	<i>- Aprovação do PMS.</i>

Fonte: Quadro elaborado pelo autor.

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

Olga lembra que, a partir do PMS, as oficinas no município devem elaborar, junto à equipe da SMS de Céu Azul, a PAS. Vitória sugere a Olga e João Pedro que enviem à Julia seus respectivos PMS, PAS, RAG e RDQA para servirem de parâmetro para à nova gestora.

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

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

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

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

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

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

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

Agora Gestor em Aurora, João Pedro conta com uma equipe responsável pela coordenação do monitoramento e avaliação do plano. Trata-se de quadros técnicos que coordenam a gestão da informação produzida pelos serviços (assistenciais e de vigilância) e setores estratégicos como a regulação,

farmácia e transporte e que procura facilitar a integração e a comunicação entre setores e serviços. Além disto, esta equipe coordenada pelo diretor de planejamento da SMS, coordena a alimentação do DGMP.

Monitoramento e avaliação: O monitoramento refere-se ao permanente e regular acompanhamento de metas e indicadores, que expressam as diretrizes e os objetivos da política de saúde formulada em um dado período, bem como a comparação destas metas e indicadores com o planejado. A avaliação é a apreciação dos resultados obtidos, resultando na emissão de um juízo de valor sobre os resultados das ações empreendidas a partir do planejado¹⁵.

JP: Não se trata de meramente armazenar ou compilar dados e informações. Mas as informações produzidas pelos diversos setores e serviços alimentam os indicadores de monitoramento.

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

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

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

Os indicadores podem ser trabalhados a partir das linhas de cuidado (ver capítulo 10) ou dos segmentos que compõem a Secretaria. Por exemplo, pode-se ter indicadores relacionados a linhas de cuidado, como do cuidado à saúde da mulher, da gestante, às condições crônicas ou da pessoa com transtorno mental; também podem haver indicadores relacionados a segmentos como a assistência farmacêutica ou à regulação.

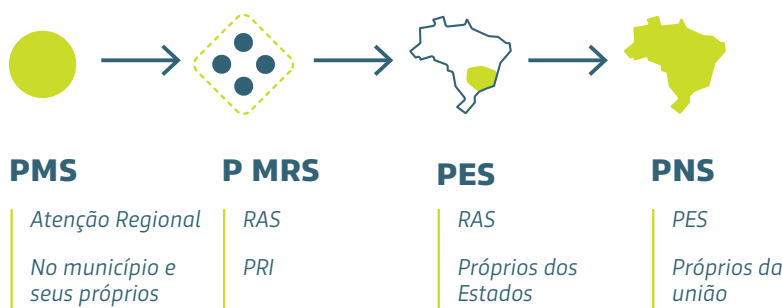
Por sua vez, cada indicador pode associar-se a um processo avaliativo relacionado à estrutura, aos processos ou aos resultados que estão formulados no PMS ou na PAS ou, ainda, que tenham origem em outros espaços de formulação como o Plano Regional integrado- PRI e o Plano Estadual de Saúde PES.

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Planejamento do SUS. Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz. Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf> Acesso em:25/02/2021.

Ou seja, O PLANO de saúde é obrigação de cada ente federado: união estado e município. A lei ainda determina que deva ter um plano regional de saúde, que se interpõe entre o plano municipal e o estadual. O processo de planejamento regional deve ser integrado entre os entes estaduais e municipais do estado. O PRI deve compor o Plano Estadual de Saúde – PES que devem ser considerados na elaboração do plano nacional de saúde. Assim, temos um planejamento sistêmico de saúde, a subsidiar integradamente o plano de cada um dos entes.

Embora a região não seja um ente federado, a lei 171 define que o planejamento deve ser ascendente a partir de um plano regional. Atualmente a CIT considera que o planejamento ascendente deva ocorrer a partir da Macrorregião de Saúde – MRS. Chamamos de **P MRS** o plano construído a partir das 120 MRS do SUS.

Gráfico demonstrando o Planejamento Ascendente no SUS



Voltando aos indicadores e ao processo de avaliação:

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

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

Avaliação de resultados: Corresponde à análise do estado de saúde da população. Um exemplo de meta pode ser a totalidade dos casos de tuberculose do ano anterior estarem encerrados como “cura”¹⁶.

É útil que os indicadores¹⁷ recebam um nome e uma descrição. Deve-se

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

17 RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf> > Acesso em: 13/01/2019.

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

JP: Estes indicadores devem compor o RAG e, especialmente, o RDQA, uma vez que este é quadrimestral e possibilita ao gestor verificar o andamento das metas e dos objetivos anuais, antes que o ano termine, viabilizando análise sobre as metas, objetivos e ações definidas no PMS e na PAS. Isto lhe permite inclusive propor mudanças, especialmente nas ações originalmente pensadas nos instrumentos do planejamento do SUS. Mas a avaliação e o monitoramento não precisam ocorrer apenas em função destes relatórios. O monitoramento contínuo permite o reconhecimento de fragilidades e limites que não precisam aguardar a avaliação decorrente da elaboração dos relatórios (RAG e RDQA), podendo disparar processos avaliativos que podem inclusive definir mudanças na execução das ações planejadas. As dinâmicas de Planejamento e de elaboração de políticas que ocorrem em nível regional, estadual e federal também são produtoras de objetivos e metas.

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

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

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

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

Quadro elaborado pelo autor.

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

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

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

V: Além de uma ferramenta para apoio à tomada de decisão, a **Sala de Situação** pode também contribuir à dinâmica de participação social, e pode, inclusive, ser instrumento de garantia de publicização e transparência das informações sobre a saúde no município.

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

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

Para tanto, o fundamental é que os profissionais que lidam diretamente com o monitoramento devem ser capazes não apenas de organizar os dados, mas também de reconhecer mudanças (positivas ou negativas) a partir dos dados que organiza. Isto possibilita o reconhecimento da necessidade um momento de avaliação sobre uma determinada estrutura, processo ou resultado, o que, por sua vez, pode apoiar tomadas de decisão que busquem incidir positivamente naquilo que foi planejado e estabelecido como meta.

O: Em Vila SUS não temos uma pessoa coordenando o monitoramento. Mas temos equipe de Planejamento que deve organizar o processo. Gosto da forma como as coisas foram organizadas em Freire. Ótimo exemplo pra Vila SUS!

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

V: Julia, me de notícias do andamento do planejamento em Céu Azul. Sugiro que você aproveite suas oficinas para já pensar o monitoramento e avaliação!

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

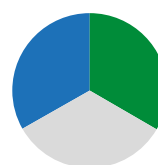
V: Muita sorte a todos vocês neste começo de ano! Lembrem-se que o CO-SEMS está disponível para apoiá-los sempre!

SUGESTÃO DE PLANILHA DE MONITORAMENTO DO PMS/PAS

PREFEITURA DE
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 DIRETORIA DE PLANEJAMENTO
 CICLO DE MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - PAS

DIRETORIA: Diretoria de

1º monitoramento – Data:



- a iniciar
- concluída
- em andamento
- atrasada
- cancelada
- paralisada

DIRETOR(a):

RESPONSÁVEL TÉCNICO:

PERCENTUAL DE EXECUÇÃO DAS METAS:

PERÍODO AVALIADO: 1º ciclo

Nível	Estrutura	Descrição	Responsável	Data de previsão		Data de realização		Status	Obs.	Ação corretiva	Custo Estimado 2014 (R\$)	Fonte dos Recursos	Parceiros
				Início	Término	Início	Término						
1	Diretriz												
1.1	Objetivo												
1.1.1	Ação												
1.1.1.1	Meta												

SUGESTÃO DE PLANILHA DE MONITORAMENTO DOS INDICADORES

PREFEITURA MUNICIPAL DE								
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE								
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO								
INDICADORES DA PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE - PAS								
DIRETORIA: Diretoria de								
DIRETOR(a):								
RESPONSÁVEL TÉCNICO:								
PERÍODO AVALIADO: 1º ciclo								
OBJETIVO	AÇÃO	META	INDICADOR	PERIODICIDADE	META DO PERÍODO	RESULTADO DO PERÍODO	FONTE DE VERIFICAÇÃO	FÓRMULA DE CÁLCULO

CAPÍTULO

04

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E FINANCIAMENTO DO SUS

Desde 2016, Olga tem constatado o quão importante é, para uma boa gestão de saúde pública, se apropriar sobre os meandros do financiamento do SUS, bem como sobre os processos de planejamento e orçamento do município^{1,2}. Como se não bastasse conhecer o

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

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



complexo histórico normativo, há uma grande necessidade de constante atualização frente às suas frequentes mudanças. Olga, sempre conectada, procura por informações e novidades nas páginas eletrônicas do Conasems, do Cosems e do Fundo Nacional de Saúde, bem como junto aos apoiadores do Cosems, continuamente bem informados.

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

O: Historicamente, o SUS conta com recursos insuficientes para a execução do amplo leque de ações voltadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, para sua promoção, proteção e recuperação³, o que estabeleceu uma crise do financiamento da saúde desde os anos de 1990^{4,5}.

3 BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, atualizada. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em 25/02/2021.

4 BARROS, Elizabeth. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.

5 PIOLA SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento Público da Saúde: Uma História à Procura de Rumo. Rio de Janeiro: IPEA; 2013. E PIOLA SF, Servo LM, Sá EB, Paiva AB. Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória Recente e Cenários para o Futuro. Análise Econômica. 2012.

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

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

fonte: CONASEMS

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

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

	ESTADOS/DISTRITO FEDERAL	MUNICÍPIOS
Mínimo Obrigatório	12%	15%
Total das receitas de impostos de arrecadação própria	Impostos sem transmissão "causa mortis" e Doação - ITCMD Imposto de circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS Impostos sobre Propriedade de Veículos Automotores - IPVA	Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISS Imposto Predial e Territorial Urbano - IPTU; Imposto sobre a transmissão de bens imóveis - ITBI
(+) Receitas de transferências da União:	Fundo de Participação dos Estados - FPE Cota - parte IPI Exportação Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)	Fundo de Participação dos Municípios - FPM Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural - ITR Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)
(+) Receitas de transferências do Estado		Quota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA Quota-Parte do Imposto sobre produtos industrializados - IPI - Exportação
	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF	(+) Imposto de Renda Retido na Fonte - IRRF
(+) Outras Receitas Correntes:	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais	Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária. Compensações Financeiras provenientes de Impostos e Transferências Constitucionais
	BASE DE CÁLCULO ESTADUAL	BASE CÁLCULO MUNICIPAL

Fonte: Constituição Federal de 1988

AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE (ASPS)

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

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

O: A LC 141/2012⁶ disciplinou o que são ASPS: ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei 8080/1990, e às seguintes diretrizes:

- *Sejam destinadas às ASPS de acesso universal, igualitário e gratuito;*
- *Estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação;*
- *Sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando às despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.*

Para que as ações e serviços sejam definidos como ASPS devem estar disponíveis a toda a população de forma gratuita, constar no plano de saúde, ser de responsabilidade do setor de saúde e serem fiscalizadas e aprovadas pelo Conselho de Saúde, sendo os recursos financeiros movimentados até sua destinação final por meio dos fundos de saúde. Na verdade, muitas ações e serviços são considerados como ASPS e seria impossível fazer uma lista fechada frente a toda a complexidade de se fazer saúde nos diversos municípios brasileiros. Assim, a LC 141/2012 especifica em seu artigo 4º, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, os gastos que não são considerados como ASPS. As vedações apresentadas demonstram a preocupação do legislador em excluir aquelas despesas que, embora possam contribuir para a melhoria da saúde da população, não entram no cômputo de aplicação do mínimo constitucional, tais como meio ambiente, merenda escolar e bolsa família:



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



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



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



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

6 BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro DE 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm> Acesso em: 25/02/2021.



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



VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;



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



VIII - ações de assistência social;



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



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

Outro aspecto importante é que a demonstração legal da aplicação de recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos se dá pela entrada dos dados contábeis no SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Neste sistema as despesas consideradas para o cômputo da aplicação mínima do município são agrupadas em:

- *Despesas liquidadas e pagas no exercício.*
- *Despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício financeiro do município, consolidadas no fundo municipal de saúde.*

E vale lembrar que os recursos provenientes da disponibilidade de caixa vinculados aos restos a pagar, referentes às despesas empenhadas e não liquidadas, que forem canceladas ou prescritas, deverão necessariamente ser aplicados em ASPS até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou prescrição. Importante também lembrar que as despesas provenientes de receitas de operações de crédito não são consideradas para aplicação em ASPS. Júlia muito interessada quer saber mais sobre o SIOPS e Olga passa a dar mais informações sobre o sistema.

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

Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS

O SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde que possibilita o registro eletrônico das receitas totais e as despesas em ASPS para todas as esferas de governo. Os dados têm natureza declaratória e buscam manter a compatibilidade com as informações contábeis. A transmissão dos dados, conforme estabelecido pela LC 141/2012 é obrigatória e tem fé pública. O envio é realizado bimestralmente, obedecendo ao calendário de apresentação do Relatório Resumido de Execuções Orçamentárias – RREO, conforme previsão constitucional.

Certificado Digital



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

Júlia, como você está iniciando a sua primeira gestão deverá providenciar o certificado digital de imediato. Esse certificado é pessoal e intransferível e não deve ser disponibilizado a terceiros. Ao fazer a homologação dos dados, significa que o gestor tem conhecimento e aprova as informações inseridas no sistema.

RREO – Relatório Resumido da Execução Orçamentária



O art. 34 da LC 141/2012 prevê que cada município deverá proceder sua prestação de contas das despesas com ASPS por meio do demonstrativo do RREO, gerado a partir do preenchimento do SIOPS. A CF/1988 obriga a publicação do RREO pelos poderes executivos até trinta dias após o encerramento de cada bimestre. Desta forma, a transmissão do sistema, a partir de 2013 passou a ser bimestral, competindo ao gestor de saúde a responsabilidade pelo registro dos dados contábeis no SIOPS nos prazos definidos, aos quais é conferida fé pública por meio do certificado digital.

O art. 34 da LC 141/2012 prevê que cada município deverá proceder sua prestação de contas das despesas com ASPS por meio do demonstrativo do RREO, gerado a partir do preenchimento do SIOPS. A CF/1988 obriga a publicação do RREO pelos poderes executivos até trinta dias após o encerramento de cada bimestre. Desta forma, a transmissão do sistema, a partir

de 2013 passou a ser bimestral, competindo ao gestor de saúde a responsabilidade pelo registro dos dados contábeis no SIOPS nos prazos definidos, aos quais é conferida fé pública por meio do certificado digital.

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

Prazos

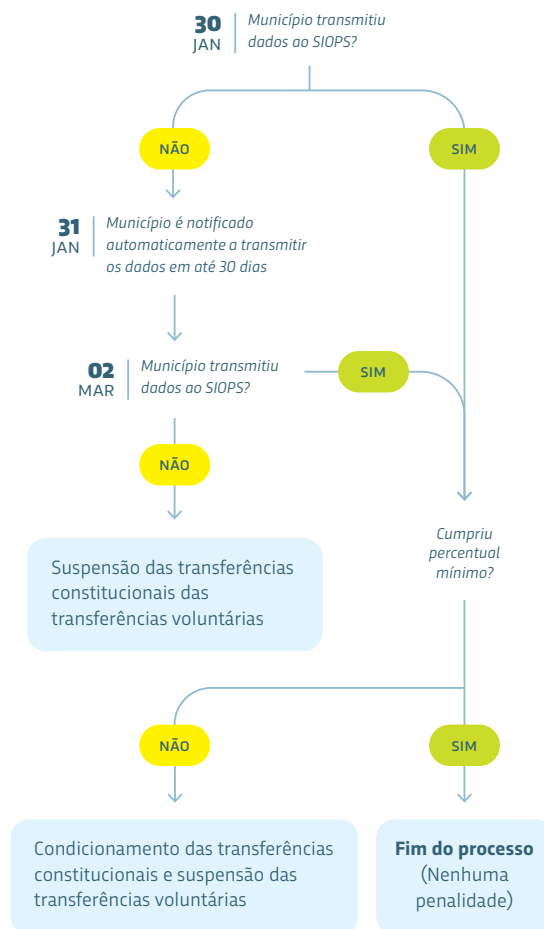
PERÍODOS E DATAS LIMITES PARA TRANSMISSÕES DOS DADOS

1º bimestre	30 de março
2º bimestre	30 de maio
3º bimestre	30 de julho
4º bimestre	30 de setembro
5º bimestre	30 de novembro
6º bimestre (fim do exercício anterior)	30 de janeiro

Penalidades

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

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



Também participa com assiduidade das reuniões da CIR de Vale Feliz, Joana Secretária de Saúde de Girassol que neste momento se junta a Vitória e as demais secretárias. Joana atua na gestão municipal há 27 anos e já foi secretária de saúde por outras três vezes. Tem larga experiência na gestão municipal de saúde, foi presidente do COSEMS e participou da diretoria do CONASEMS. Sempre muito atuante e interessada na consolidação do SUS traz uma importante contribuição à conversa. Para Joana não há como se falar em financiamento da saúde sem que o tema critérios de rateio seja abordado.

Crítérios de Rateio

Foi a EC 29/2000 que estabeleceu a necessidade de utilização de critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde, destinados aos Estados/Distrito Federal e aos Municípios, e também dos recursos estaduais destinados aos respectivos Municípios objetivando a progressiva redução das disparidades regionais. Por sua vez, a LC 141/2012 estabeleceu que o Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Con-

selho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ASPS. Por sua vez, os Estados devem fazer o mesmo, considerando as respectivas instâncias.

Parte destes critérios já eram previstos no artigo 35 da Lei 8.080/90, mas a Lei Complementar 141/2012 inovou quando estabeleceu a necessidade da elaboração de uma metodologia que irá estabelecer um critério de rateio considerando a necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, o desempenho técnico, econômico e financeiro, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano de investimentos da rede e ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Para Joana este tema é de suma importância, pois o mandamento constitucional ainda não obteve êxito e a prática da publicação de portarias, muitas vezes atreladas a uma antiga e equivocada prática de incentivos financeiros, desconectada das reais necessidades da população e da execução orçamentária, tem sido uma constante nos repasse dos recursos do Ministério da Saúde. O conjunto destas normas consta na Portaria de Consolidação nº 6 de 28 de setembro de 2017, que até meados de 2020 contava com 1.170 artigos e 99 anexos, congregando normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS dos últimos 30 anos.

Joana explica à Júlia que os repasses financeiros do Ministério da Saúde destinados às despesas com ações e serviços públicos de saúde, são repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, organizados e transferidos na forma dos blocos de financiamento, atualmente denominados: Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. Os recursos que compõem cada Bloco devem ser aplicados em ações relacionadas ao próprio Bloco, observando ainda que as ações devem constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do Município, previamente submetidos ao respectivo Conselho de Saúde.

Para que estes repasses ocorram deve ser garantido o cumprimento dos objetos e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, tais como portarias e resoluções da CIT e das CIBs, expedidos pela direção do SUS, vinculados aos programas de trabalho previstos no Orçamento geral da União.

A complexidade e excesso de regramento para a execução dos repasses trouxe um acúmulo de saldos nas contas dos entes subnacionais, que ultrapassou R\$ 30 bilhões em 2020. Para Joana, uma das questões mais controversas, considerada um dos impedimentos para a execução dos recursos, diz respeito a identificação da categoria de despesa, que pode ser utilizada para a execução dos recursos dos Blocos, especialmente do Bloco de Manutenção. Para ela os repasses fundo a fundo afastada a lógica convencional sobre a definição da categoria de despesa (corrente ou capital), que deve ser ato discricionário do gestor, de acordo com o planejamento e orçamento locais.

Empolgada com a conversa sobre as transferências dos recursos e assustada com o volume dos saldos, Júlia procura saber mais a respeito de como se dá o repasse dos recursos financeiros do Ministério para os municípios.

Blocos de Financiamento

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

Até o ano de 2017 a Portaria 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência destes recursos com o respectivo monitoramento e controle por meio dos seguintes Blocos de Financiamento⁷: Atenção Básica, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Gestão do SUS e Investimentos na rede de serviços de saúde. A forma de transferência por meio destes blocos foi importante no processo de organização do sistema, mas ao mesmo tempo engessou a execução financeira dos demais entes federados. Foi então que, em 28 de dezembro 2017, a Portaria 3992/2017⁸ alterou a Portaria de Consolidação nº 6/2017⁹, a qual contemplava o conteúdo da Portaria nº 204/2007.

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

Neste momento, Olga comenta que esta denominação trouxe certa confusão e com isso em abril de 2020 foi publicada a Portaria nº 828, que mais uma vez alterou a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para

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

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html> Acesso em 25/02/2021.

9 BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html> Acesso em 25/02/2021.

dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. Desta forma, os recursos repassados pelo FNS passaram a ser organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento:

I- Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Repasses financeiros destinados à manutenção das condições de oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde, inclusive para financiar despesas com reparos e adaptações e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde incluindo reparos, consertos, revisões, pinturas, reformas e adaptações de bens imóveis sem que ocorra a ampliação do imóvel, reparos em instalações elétricas e hidráulicas, reparos, recuperações e adaptações de biombos, carpetes, divisórias e lambris e manutenção de elevadores, limpeza de fossa e afins.

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

II- Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde

Repasses financeiros destinados à aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde, obras de construções novas ou ampliação de imóveis existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde e obras de reforma de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Vedada a utilização em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

Condição para transferência dos recursos federais

- *Instituição e funcionamento do Conselho de Saúde, com composição paritária, na forma da legislação;*
- *Instituição e funcionamento do Fundo de Saúde;*

- *Previsão da ação e serviço público de saúde no Plano de Saúde e na Programação Anual, submetidos ao respectivo Conselho de Saúde;*
- *Apresentação do Relatório Anual de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde; e*
- *Alimentação e atualização regular dos sistemas de informações que compõem a base nacional de informações do SUS, consoante previsto em ato específico do Ministério da Saúde.*

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

Regras para utilização dos recursos

- *Que as ações devem constar no Plano Municipal de Saúde e na Programação Anual de Saúde do Município submetidos ao respectivo Conselho de Saúde.*
- *Cumprimento do objeto e dos compromissos pactuados e/ou estabelecidos em atos normativos específicos, tais como as portarias e resoluções da CIT e das CIBs, expedidos pela direção do SUS.*
- *Vinculação com os programas de trabalho previstos no Orçamento geral da União, ao final do exercício financeiro.*

O FNS divulga por meio do seu portal eletrônico as informações sobre os recursos federais transferidos aos Estados, ao Distrito Federal por Bloco de Financiamento, organizando-as por Grupo de Identificação das Transferências relacionados ao nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde, tais como:

Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde

- A** - Atenção Primária em Saúde
- B** - Atenção Especializada
- C** - Vigilância em Saúde
- D** - Gestão e desenvolvimento de tecnologias em Saúde no SUS
- E** - Gestão do SUS
- F** - covid-19

Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde

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

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

Observa-se, ainda, que na hipótese de existir saldos de um ano para o outro, a vinculação é válida até a aplicação integral dos recursos relacionados a cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União, que deu origem ao repasse, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorreu o ingresso no respectivo fundo de saúde. Entretanto, com a publicação da Lei Complementar 172, de 15 de abril de 2020, caso o ente subnacional tenha cumprido os objetos e os compromissos previamente estabelecidos em atos normativos específicos expedidos pela direção do SUS e ainda sim tenham saldos residuais relativos a tais ações será possível realizar a transposição (realocação de recursos financeiros entre programas de trabalho, ou a transferência, realocação de recursos financeiros entre as categorias econômicas de despesas do mesmo programa de trabalho) no âmbito do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde.

Ressalta-se também que enquanto os recursos financeiros repassados não forem executados, deverão ser automaticamente aplicados em fundos de aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos. Cabe ainda ao gestor definir se os recursos deverão ser mantidos nas contas financeiras em aplicação financeira de curto prazo, lastreados em títulos da dívida pública federal, com resgates automáticos, ou se serão transferidos para caderneta de poupança.

Conforme previsto no art. 3º, §§ 4º e 5º da Portaria de Consolidação nº 6/2017, rendimentos auferidos com a aplicação automática dos recursos repassados fundo a fundo pelo FNS devem ser aplicados, obrigatoriamente, na execução de ações e serviços públicos de saúde relacionados ao respectivo Bloco de Financiamento, estando sujeitos às mesmas finalidades e condições de prestação de exigidas para os recursos transferidos. Nesses casos, os recursos devem ser normalmente previstos nas leis orçamentárias de Estados, Municípios e Distrito Federal, mas é necessário ficar claro que de maneira alguma há vinculação com programa de trabalho específico da

União, sendo necessário apenas observar o escopo das despesas custeadas pelo bloco de financiamento cujos depósitos deram origem aos rendimentos que serão aplicados.

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

PARA SABER MAIS:

- » Videoconferência - Esclarecimentos sobre a portaria 3992
<https://www.youtube.com/watch?v=iJSpe3piYys>
- » Web aula unificação dos blocos de financiamento - Módulo 2
<https://www.youtube.com/watch?v=YLQEDHORgzk>

Joana diz que as novidades trazidas pelas Portaria 3992/2017 e 828/2020 trouxeram modificações importantes que possibilitaram um maior grau de autonomia de gestão aos Estados/Distrito Federal e Municípios, ao tempo que abriu caminho para discussões mais aprofundadas sobre a adoção dos Critérios de Rateio. Além disso, estabeleceu como agenda estratégica do gestor monitoramento e controle por parte dos municípios, bem como, fortaleceu o planejamento, principalmente orçamentário.

Neste sentido, o ponto fundamental de entendimento das Portarias é o fato de que a partir de janeiro de 2018 as despesas realizadas pela SMS estejam em consonância com os instrumentos de planejamento (ver capítulo 3). Afinal, as mudanças trazidas têm por objetivo fortalecer os instrumentos de planejamento e de orçamento, flexibilizando o fluxo financeiro, permitindo ao gestor gerenciar e aplicar adequadamente os recursos nas ações pactuadas e programadas. Vale ressaltar que para as despesas sejam concretizadas com a liberdade mencionada é necessário que estejam devidamente previstas no orçamento municipal obedecido o regramento disciplinado nas normativas de elaboração orçamentária.

PARA SABER MAIS:

- » Portaria 3992/2017 e demais atos normativos acesse <http://portaria3992.saude.gov.br/>
- » Portaria nº 828/2020
- » <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-828-de-17-de-abril-de-2020-253755257>

SALDOS REMANESCENTES NAS CONTAS CORRENTES DO FNS

Olga lembra que a Portaria 3992/2017 trouxe outra novidade que fortalece o processo de monitoramento, gestão e utilização dos recursos públicos. Trata-se da possibilidade de se (re)conhecer os saldos dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde para os municípios e que estão como saldos nas contas bancárias abertas pelo FNS.

Ela conta que o Conasems se empenhou em viabilizar meios legais que possibilitaram aos municípios a execução dos recursos financeiros remanescentes de exercícios anteriores, constantes nos FNS. Uma das iniciativas foi buscar a necessária autorização legislativa para permitir aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios realizassem a transposição e a transferência destes saldos financeiros, visando a utilização destes valores em outras ações da saúde do Município. Esta autorização legislativa foi alcançada pela publicação da Lei Complementar 172 de 15 de abril de 2020.

No texto original do projeto de lei que deu origem a LC 172/2020 não havia previsão de vigência da lei. Todavia a lei foi aprovada com uma emenda incorporada no Senado que estabeleceu que a transposição e a transferência dos saldos financeiros aplicam-se tão somente durante a vigência do estado de calamidade pública de que trata o Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020.

Transposições e transferências são reprogramação por (re)priorização de ações e devem ser registradas no orçamento como movimentação orçamentária.

Transposição - Realocação de recursos financeiros entre programas de trabalho, no âmbito do orçamento de um mesmo órgão da Secretaria Municipal de Saúde.

Transferência - Realocação de recursos financeiros entre as categorias econômicas de despesas, no orçamento de um órgão (Secretaria Municipal de Saúde) e do mesmo programa de trabalho.

Requisitos

De pronto, Júlia já quer saber como o gestor anterior de Céu Azul conduziu este processo e pergunta se existe algum local em que ela possa verificar estes valores. Olga informa que estão no portal eletrônico do FNS, mas que o Conasems tem todos os dados dos municípios compilados por regiões de saúde, estados e Brasil no Painel de Apoio a Gestão, acessível no portal web da entidade.

PARA SABER MAIS:

- » Nota técnica Conasems
- » https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/04/NOTA-SALDOS-2020_04_16_Olga_PLP232_LC172.pdf .Acesso em: 25/02/2021
- » Live Conasems LC 172
- » <https://www.conasems.org.br/perguntas-e-respostas-live-24-04-orientacoes-para-a-lei-complementar-172/> .Acesso em: 25/02/2021
- » Painel de apoio Conasems <https://www.portalgestaoconasems.net/saldo-atual> .Acesso em: 25/02/2021
- » https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/04/NOTA-SALDOS-2020_04_16_Olga_PLP232_LC172.pdf .Acesso em: 25/02/2021

Vitória parabeniza Julia pelo interesse e diz que o fortalecimento da gestão se dá não só pelo monitoramento e controle na gestão atual, mas que também é importante o que ocorreu nas gestões anteriores, afinal por mais que existam projetos de governo a saúde pública é um projeto de estado. Lembra ainda que monitoramento e controle são mecanismos de fundamental importância para o planejamento da saúde, e neste sentido passa a falar um pouco mais sobre o tema.

Controle e Monitoramento dos Recursos Financeiros Transferidos Fundo a Fundo

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

A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria de consolidação 1/2017 a qual trata da consolidação das Normas sobre Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, da Organização e do Funcionamento do SUS, especificamente em seu Título IV, Capítulo I, artigos 94 a 101.

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

As despesas realizadas com recursos provenientes da esfera federal, transferido fundo a fundo, devem ser efetuadas segundo as exigências

legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

O Ministério da Saúde divulgará anualmente, por meio de portaria da Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, o detalhamento dos Programas de Trabalho das dotações orçamentárias consignadas ao órgão que serão onerados pelas transferências de recursos federais referentes a cada Bloco de Financiamento, ou seja, os Programas de Trabalho do Orçamento Geral da União que geram repasses aos municípios. A portaria está disponível no Portal do Fundo Nacional de Saúde.

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

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

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

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

10 BRASIL. Ministério Público Federal. Termo de Ajustamento de Conduta. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pgp/documentos/tac_banco_brasil.pdf> Acesso em 25/02/2021.

RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS DESTINADOS A COVID -19

Já que o assunto enveredou para orçamento e planejamento Julia quis saber sobre os recursos financeiros destinados à covid-19. Vitória passa a contar que em função da pandemia a União editou uma série de Medidas Provisórias abrindo créditos extraordinários em favor do Ministério da Saúde, destinando recursos para o enfrentamento ao covid-19. Parte destes valores foram repassados pelo Ministério da Saúde aos entes subnacionais pelo Programa de Trabalho 21CO - Enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Decorrente do Coronavírus.

Tal programa de trabalho teve como objetivo de financiar o conjunto de medidas que necessárias ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do Coronavírus (covid-19), mediante ações de prevenção, preparação e assistência à população, bem como outras despesas necessárias para o enfrentamento do Coronavírus. Seu detalhamento da implementação era o financiamento de ações e serviços públicos de saúde compreendidos por ações de atenção básica, vigilância, média e alta complexidade, bem como aquisição e distribuição de medicamentos e insumos, aquisição de equipamentos, contratação de serviços de saúde, contratação temporária de pessoal, divulgação de informações à população, bem como outras despesas necessárias para o enfrentamento do Coronavírus.

Na época, o Conasems recomendou às SMS que todos os recursos destinados por meio das Portarias do Ministério da Saúde, oriundos da ação 21CO fossem alocados em uma ação orçamentária criada pelos municípios para as ações de enfrentamento da covid-19. Várias Portarias foram emitidas destinando recursos, em algumas delas a destinação foi abrangente, para financiar as medidas necessárias ao enfrentamento da emergência. Mas infelizmente em outras, especialmente na atenção básica, os repasses federais ocorreram da maneira que comentamos há pouco: atrelados às amarrações estabelecidas por centenas de portarias estabelecidas por iniciativas, atividades ou programas específicos do Ministério da Saúde.

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

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

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

- *Como organizar e gerenciar o Fundo Municipal de Saúde, seu orçamento, contabilidade, tesouraria e prestações de contas?*
- *Quem é responsável pela gestão do Fundo Municipal de Saúde. É a Secretária de Saúde ou Secretário de Finanças?*
- *Quem responde pela prestação de contas dos recursos do Fundo Municipal de Saúde?*

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

A NATUREZA JURÍDICA DOS FUNDOS DE SAÚDE

O Fundo de Saúde constitui um mecanismo de gestão financeira de recursos, vinculados ou alocados à Secretaria de Saúde para o cumprimento de seus programas e metas, e seus projetos e atividades orçamentárias, conforme previsões contidas nos instrumentos de planejamento (ver capítulo 1).

O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)¹¹, com redação dada pela EC 29/2000, dispõe sobre a obrigatoriedade de que, todos¹² os recursos destinados às ações e serviços de saúde, sejam aplicados por meio de Fundo de Saúde, que deverá ser acompanhado e fiscalizado pelo respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo das ações fiscalizadoras dos Tribunais de Contas e do Poder Legislativo.

Tratando do assunto a LC 141/2012, no parágrafo único do Art. 2º, dispõe que as despesas com ASPS realizadas por todos os entes da federação devem ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Já o art. 14, da LC 141/2012, conceitua o Fundo de Saúde como uma unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ASPS e reafirma a necessidade de lei para criação e manutenção do mesmo.

A Lei 10.406/2002, que instituiu o Código Civil, nos artigos 40 a 44,

11 Art. 77. (...): § 3º. Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.

12 Inclui os recursos próprios dos municípios e os transferidos pela União e pelos Estados, na modalidade fundo a fundo, ou seja, todos os recursos da saúde devem ser movimentados através do Fundo de Saúde.

disciplina, no âmbito do direito brasileiro, quais são as pessoas jurídicas de direito público, interno ou externo, e as de direito privado, nelas não incluindo os fundos especiais, muito menos os fundos de saúde, reforçando a ideia da falta de personalidade jurídica, até porque, na administração pública só é permitido fazer o que a lei determina. Neste caso, a Lei não impõe capacidade jurídica aos fundos de saúde.

Portanto, é possível afirmar que os Fundos de Saúde são despersonalizados juridicamente¹³, não praticando atos de gestão ou quaisquer outros que demandem personalidade jurídica própria, como celebrar contratos, convênios ou contratar pessoal. O Fundo de Saúde é tão somente uma unidade orçamentária gestora dos recursos da saúde.

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

Apesar de não dispor de personalidade jurídica, o fundo municipal de saúde deve ser inscrito no CNPJ, na condição de matriz, conforme determinação contida na Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil nº 1.143/2011¹⁴. A partir de 2011, a cada ano a Receita Federal edita nova Instrução Normativa para confirmar a obrigatoriedade dos fundos públicos serem inscritos no CNPJ, na condição de matriz¹⁵, de acordo com a natureza jurídica estabelecida pela CONCLA - Comissão Nacional de Classificação¹⁶, mediante utilização do código 120-1 - "Fundo Público". Atualmente a matéria é regulada pela IN/RFB nº 1634/2016.

Portanto, a norma não confere aos fundos de saúde **personalidade jurídica, restando claro que fundo não é sujeito de direitos, não contrata, não se obriga e não titulariza obrigações jurídicas.**

Os fundos de saúde como unidade orçamentária gestora de recursos, necessitam demonstrar disponibilidade de caixa e a vinculação de recursos, bem como elaborar demonstrações contábeis segregadas, visando atender

13 Decisão proferida nos autos do Processo nº 000545-82.2013.8.19.0043, o Poder Judiciário fluminense assim se posicionou: "Acolho a preliminar de ilegitimidade passiva para excluir do polo passivo o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAI, por ser unidade orçamentária gestora dos recursos destinados às ações de saúde, desprovido de personalidade jurídica."

14 Art. 2º. Os fundos públicos que se encontram inscritos no CNPJ na condição de filial do órgão público a que estejam vinculados deverão providenciar nova inscrição nesse cadastro, na condição de matriz, com a natureza jurídica 120-1 (Fundo Público).

15 Art. 4º. São também obrigados a se inscrever no CNPJ: X - Fundos públicos a que se refere o art. 71 da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964;

às regras estabelecidas no parágrafo único do art. 8º e nos incisos I e III do art. 50 da LC 101/2000¹⁶, que tratam, respectivamente, da obrigatoriedade dos recursos legalmente vinculados a finalidade específica serem utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação e da escrituração das contas públicas. No caso a vinculação é para ASPS.

Características do Fundo Municipal de Saúde

Os recursos dos fundos de saúde deverão ser movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal. A Lei 8.142/1990, em seu art. 4º, estabelece determinadas condicionantes para que os municípios possam receber recursos do FNS, dentre elas, destaca-se a existência do Fundo de Saúde. No mesmo sentido, o art. 22, da LC 141/2012¹⁷, apesar de vedar a exigência de restrição para repasse dos recursos do SUS, na modalidade regular e automática, seu parágrafo único condiciona a entrega dos recursos, à instituição e funcionamento do Fundo de Saúde e do Conselho de Saúde, além da elaboração do Plano de Saúde.

Assim podemos destacar como principais características do Fundo de Saúde:

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

O Fundo Municipal de Saúde tem como características, dentre outras, a descentralização do poder decisório e vinculação a determinado órgão da Administração, que, neste caso é a própria Secretaria Municipal de Saúde, **donde se conclui que, o gestor do Fundo Municipal de Saúde, deve ser o próprio Secretário de Saúde.** Entretanto, o poder de direção única não

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

17 BRASIL. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm> .Acesso em: 25/02/2021

18 Não se aplica a vedação de vinculação de receita de impostos para as ações e serviços públicos de saúde, de acordo com o inciso IV do art. 167, da Constituição Federal.

estabelece autonomia total aos fundos de saúde, em especial em relação ao controle interno. O comando único previsto no art. 198 da CF/1988 e no art. 9º, da Lei 8.080/1990 se refere à gestão das ações e serviços de saúde e dos recursos alocados na unidade orçamentária “Fundo de Saúde”, que deve possuir normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem de qualquer modo, elidir a competência específica dos Tribunais de Contas e do próprio Poder Legislativo.

Importante ressaltar que o Fundo Municipal de Saúde é obrigado a fazer prestação de contas do ordenador de despesas, gestor do fundo, tanto em separado, como de forma integrada na Contabilidade Geral da Prefeitura. Assim, os fundos de saúde constituem-se importante instrumento de:

- **Gestão** dos recursos destinados ao financiamento das ASPS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- **Planejamento**, dado que possibilita aos gestores visualizar os recursos que dispõem para as ações e serviços de saúde;
- **Controle**, por facilitar o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus valores e datas de ingresso, as despesas realizadas, os recebimentos das aplicações financeiras, dentre outros.

A lei que cria o FMS deverá ainda especificar:

- Os objetivos do fundo;
- Todas as receitas que integrarão os ativos do fundo;
- A destinação ou campo de aplicação dos seus recursos;
- O atendimento a todas as determinações legais, tais como: dispor de orçamento, fazer relatórios e balancetes mensais, balanço anual e juntar todos estes dados à contabilidade geral da Prefeitura.
- A autonomia administrativa e financeira;
- Distinguir os recursos destinados ao fundo de saúde no orçamento geral do Município;
- Submeter os demonstrativos de receitas e despesas do fundo à aprovação do Conselho de Saúde;
- Gerir os recursos provenientes de repasses municipais e estaduais.

PLANEJAMENTO ORÇAMENTÁRIO DO FUNDO DE SAÚDE

O processo orçamentário é vinculado à definição de programas que busquem soluções para os problemas identificados, a partir do diagnóstico realizado. Ou seja, os programas contemplados, como uma das formas de expressão da política de saúde devem estar de acordo com as metas que o governo pretende atingir. Os programas devem conter objetivos quantificados, metas e indicadores que permitem acompanhar, controlar e avaliar a sua execução.

Para tanto, os Fundos de Saúde devem ser contemplados como unidades orçamentárias, financeiras e contábeis, bem como seus consequentes Demonstrativos (Balanços Anuais, orçamentário, financeiro, patrimonial

e demais demonstrações orçamentárias e financeiras). Na prática, a concretização do planejamento na Administração Pública se dá pela PPA; LDO e LOA. (ver capítulo 3)

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

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

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

CONSTRUÇÃO DA PEÇA ORÇAMENTÁRIA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

A Lei nº 4.320/1964 dispõe sobre a necessidade do orçamento evidenciar os programas de governo¹⁹, mediante discriminação da receita e da despesa de forma a evidenciar a política econômico-financeira e os programas de trabalho do governo. A Portaria MOG nº 42/1999, no seu art. 4º, tornou obrigatória a identificação, nas leis orçamentárias, das ações em termos de funções, subfunções, programas, projetos, atividades e operações especiais, buscando dar transparência à sociedade sobre o que será realizado em um determinado período e a efetiva aplicação dos recursos públicos.

Para construção da peça orçamentária é necessário estimar a receita e fixar a despesa, de forma que haja equilíbrio entre as previsões de arrecadação e os gastos públicos fixados nos programas de trabalho inseridos no orçamento. Tanto a previsão da receita, como a fixação da despesa devem obedecer às classificações específicas, de modo a evidenciar a natureza de cada uma.

A receita orçamentária²⁰ pode ser classificada por natureza e por fonte, conforme disposto no Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público (MCASP)²¹, adotado pela Secretaria do Tesouro Nacional para orientação, elaboração e execução dos orçamentos públicos.

O § 1º do art. 8º da Lei nº 4.320/1964 define que os itens da discriminação da receita, mencionados no art. 11 dessa lei, serão identificados por

19 Art. 2º. A Lei do Orçamento conterá a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos aos princípios de unidade, universalidade e anualidade.

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

21 6ª edição, aprovada pela Portaria Conjunta STN/SOF nº 01/2014 e Portaria STN

números de código decimal, que se convencionou denominar-se “código de natureza de receita”.

Classificação da Receita Orçamentária por Natureza - Formada por um código numérico de 8 dígitos que subdivide-se em seis níveis:

- **Categoria Econômica** > *Receita Corrente/Receita de Capital*
- **Origem** > *Detalhamento das Categorias Econômicas*
- **Espécie** > *Detalha o fato gerador da receita*
- **Rubrica** > *Especifica a espécie dos recursos financeiros*
- **Alínea** > *Detalha a Rubrica e exterioriza o “nome” da receita*
- **Subalínea** > *Nível mais analítico da receita, opcional, utilizado quando há necessidade de detalhar o nome da receita*

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

nº 700/2014, aplicável a todos os entes da federação.

CLASSIFICAÇÃO DA RECEITA SEGUNDO A CATEGORIA ECONÔMICA

CÓDIGO	CATEGORIA ECONÔMICA	CÓDIGO	CATEGORIA ECONÔMICA
1	RECEITAS CORRENTES	2	RECEITAS DE CAPITAL
1	Receita Tributária	1	Operações de Crédito
2	Receita Contribuições	2	Alienação de Bens
3	Receita Patrimonial	3	Amortização de Empréstimos
4	Receita Agropecuária	4	Transferências de Capital
5	Receita Industrial	5	Outras Receitas de Capital
6	Receita de Serviços		
7	Transferências Correntes		
9	Outras Receitas Correntes		

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

Classificações da Despesa Orçamentária

Classificação Institucional

A classificação institucional reflete a estrutura de alocação dos créditos orçamentários e está estruturada em dois níveis hierárquicos: órgão orçamentário e unidade orçamentária. A unidade orçamentária constitui o agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias, conforme disposto no art. 14 da Lei nº 4.320/1964. Os órgãos orçamentários correspondem a agrupamentos de unidades orçamentárias.

Classificação Funcional

A classificação funcional foi instituída pela Portaria nº 42/1999, do então Ministério do Orçamento e Gestão e segrega as dotações orçamentárias em funções e subfunções, buscando responder basicamente à indagação “em que” área de ação governamental a despesa será realizada, sendo representada por cinco dígitos. Os dois primeiros referem-se à função e os três últimos representam a subfunção.

Entende-se por função, o maior nível de agregação das diversas áreas de despesas que competem ao setor público²². A classificação funcional

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

compreende 28 funções, constituídas em grandes linhas, das áreas de atuação do Governo, que se relacionam com a missão institucional do órgão, com por exemplos:

- » **04** – Administração
- » **08** – Assistência Social
- » **10** – Saúde
- » **12** – Educação
- » **18** – Gestão Ambiental

A subfunção representa uma partição da função, visando agregar determinado subconjunto de despesa. A classificação funcional compreende 108 subfunções, que podem ser combinadas com funções diferentes daquelas a que estejam vinculadas. Entretanto, deve-se adotar como função aquela que é típica ou principal do órgão, ou seja, “função saúde”, adotar as subfunções vinculadas, pois devem evidenciar a área da atuação governamental naquele momento.

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

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

Classificação por Estrutura Programática

De acordo com o art. 3º da Portaria MOG nº 42/1999, cabe aos entes da federação estabelecer suas próprias estruturas de programas, códigos e identificação das ações governamentais. Portanto, cada Município deve possuir ato próprio definindo seus programas e ações, que são consignados no PPA, com validade para quatro anos, sendo que, as ações, conforme suas características podem ser classificadas como atividades, projetos ou operações especiais.

Classificação da Despesa Orçamentária por Natureza

O conjunto de informações que constitui a natureza de despesa orçamentária forma um código estruturado que agrega a categoria econômica, o grupo, a modalidade de aplicação e o elemento, composto por seis dígitos, desdobrado até o nível de elemento ou, opcionalmente, por oito, contemplando o desdobramento facultativo do elemento.

A classificação da despesa orçamentária, segundo a sua natureza, compõe-se de:

- Categoria Econômica
- Grupo de Natureza da Despesa
- Modalidade de Aplicação
- Elemento de Despesa

A despesa, assim como a receita, é classificada em duas categorias econômicas, com os seguintes códigos:

CATEGORIAS ECONÔMICAS

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

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

O Grupo de Natureza da Despesa é um agregador de elementos de despesa com as mesmas características quanto ao objeto de gasto, conforme discriminado a seguir:

GRUPO DE NATUREZA DA DESPESA

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

A Modalidade de Aplicação tem por finalidade indicar se os recursos são aplicados diretamente por órgãos ou entidades no âmbito da mesma esfera de Governo ou por outro ente da Federação e suas respectivas entidades. Indica se os recursos serão aplicados diretamente pela unidade detentora do crédito ou mediante transferência para entidades públicas ou privadas. O quadro abaixo demonstra alguns exemplos de modalidade de aplicação, ficando clara a existência de outras²³.

23 Veja Manual de Contabilidade Aplicada ao Setor Público, conforme nota 20.

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

O Elemento de Despesa tem por finalidade identificar os objetos de gasto, tais como vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e material permanente, auxílios, amortização e outros que a administração pública utiliza para a consecução de seus fins. O quadro a seguir demonstra alguns elementos de despesa, de forma exemplificativa²⁴.

ELEMENTOS DE DESPESA	
01	<i>Aposentadorias do RPPS, Reserva Remunerada e Reformas dos Militares</i>
02	<i>Pensões do RPPS e do Militar</i>
04	<i>Contratação por Tempo Determinado</i>
11	<i>Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil</i>
13	<i>Obrigações Patronais</i>
14	<i>Diárias – Civil</i>
30	<i>Material de Consumo</i>
34	<i>Outras Despesas de Pessoal decorrentes de Contratos de Terceirização</i>
35	<i>Serviços de Consultoria</i>
36	<i>Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física</i>
37	<i>Locação de Mão-de-Obra</i>
39	<i>Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica</i>

24 Vide nota 21.

41	<i>Contribuições</i>
42	<i>Auxílios</i>
43	<i>Subvenções Sociais</i>
45	<i>Subvenções Econômicas</i>
51	<i>Obras e Instalações</i>
52	<i>Equipamentos e Material Permanente</i>
70	<i>Rateio pela participação em Consórcio Público</i>
91	<i>Sentenças Judiciais</i>
92	<i>Despesas de Exercícios Anteriores</i>
93	<i>Indenizações e Restituições</i>
94	<i>Indenizações e Restituições Trabalhistas</i>

Por fim, temos o Desdobramento do Elemento de Despesa, de uso facultativo, constituído de dois, conforme as necessidades de escrituração contábil e controle da execução orçamentária, fica facultado por parte de cada ente o desdobramento dos elementos de despesa.

Exemplificando a construção de um Programa de Trabalho hipotético, que vai integrar a peça orçamentária, temos o seguinte Programa de Trabalho: 01-08-101-10-303-285-3.3.90.30.01-1, onde:

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

EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Fundo de Saúde deve utilizar contabilidade específica, mas, integrada à contabilidade geral da Prefeitura, tanto para processamento de suas receitas e despesas, como para execução orçamentária, financeira e patrimonial. O resultado financeiro da arrecadação das receitas destinadas ao Fundo de Saúde deve ser repassado pela Secretaria de Finanças/Fazenda, ou outro órgão correspondente para a conta vinculada do Fundo Municipal de Saúde, com detalhamento das respectivas fontes.

O Fundo de Saúde dispõe de programação própria de desembolso e seus recursos provêm de fontes específicas. Suas despesas devem ser efetuadas seguindo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública, tais como processamento, licitação, contrato, empenho prévio, liquidação e pagamento, sendo os três últimos conhecidos como estágios da despesa orçamentária pública. O saldo positivo do Fundo apurado no balanço de um ano deve ser transportado para exercício seguinte, a fim de dar continuidade e garantir sua aplicação em ações e serviços de saúde.

Os relatórios que demonstram, mensalmente, a origem e a aplicação dos recursos movimentados pelo Fundo, devem ser elaborados incluindo os recursos próprios e os transferidos pelas outras esferas de governo. Esses relatórios possibilitam o acompanhamento e a fiscalização pelo secretário municipal de saúde, Conselho de Saúde, bem como pelos órgãos de controle.

CONTROLE, AVALIAÇÃO, FISCALIZAÇÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS

São vários os mecanismos de controle da execução dos recursos aplicados em saúde, dentre os quais, destacam-se:

Demonstrativo sintético de execução orçamentária do Fundo de Saúde. Esse instrumento tem por objetivo concentrar informações gerenciais da execução orçamentária. Além de comparar a execução realizada com a do período anterior, permite a verificação contínua das dificuldades orçamentárias – financeiras;

Demonstrativo detalhado das principais despesas do Fundo de Saúde. Esse demonstrativo tem por objetivo apresentar informações detalhadas das principais despesas do Fundo: despesas com material de consumo (material hospitalar e enfermagem, medicamentos, material de laboratórios e odontológicos, dentre outros) e de serviços de terceiros (serviços ambulatoriais e hospitalares contratados, dentre outros).

A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial dos órgãos e entidades da administração pública, direta e indireta, inclusive fundos de saúde, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, é exercida pelo respectivo Poder Legislativo, mediante controle externo e interno.

Os Tribunais de Contas, na qualidade de órgão de controle externo possuem regras próprias de prestação de contas. Não existe atualmente na legislação nenhuma obrigatoriedade de prestação de contas aos órgãos do Ministério Público, exceto nas demandas pontuais e específicas que se efetivam por requisição.

Independentemente das formas de prestação de contas aqui mencionadas, cabe à Câmara Municipal, de forma direta ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do DENASUS/MS, do Órgão de Controle Interno e do Conselho de Saúde, fiscalizar o cumprimento das normas estabelecidas na LC 141/2012.

PRAZOS E PROVIDÊNCIAS ESTABELECIDOS PELA LC 141

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

PARTE 2

GESTÃO DO SUS NO MUNICÍPIO

CAPÍTULO

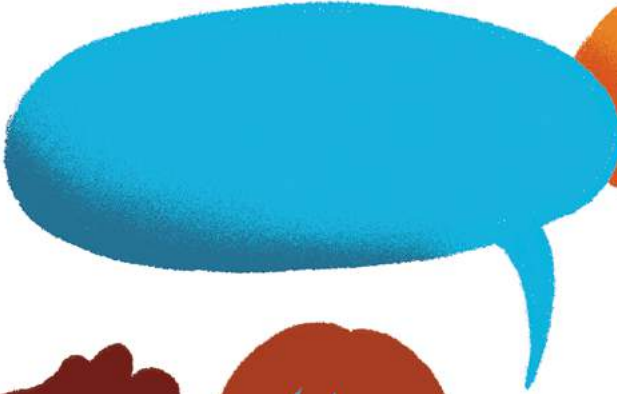
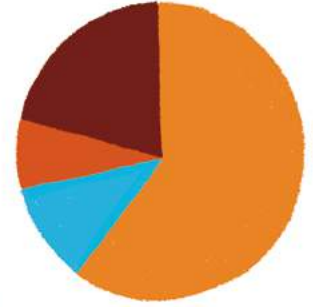
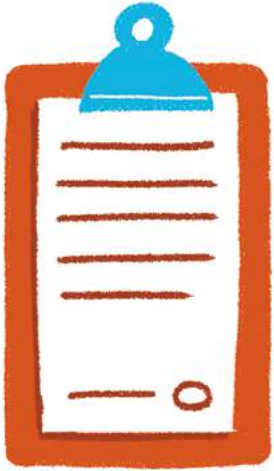
05

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O ano de 2020 foi o período mais desafiador da carreira de muitos gestores, enfrentar uma pandemia de um vírus desconhecido, de propagação rápida e alta letalidade exigiu um esforço de readaptação rápida do SUS para assegurar a saúde coletiva da população.

As eleições ocorreram, o período de transição de governo foi curto e particularmente as novas equipes que assumiram a gestão, precisaram fazer um processo de apropriação dos espaços de trabalho, planejamento e gestão de maneira muito acelerada.

Julia, nova secretária de saúde de Céu Azul, aceita o desafio de assumir a gestão do município, embora não tenha experiência em gestão



pública ou na área da saúde. Assumi um compromisso pessoal com o prefeito, considerando que o Município há varias gestões vinha enfrentando dificuldades de fixar um Secretário Municipal no cargo.

A partir de sua experiência em gestão administrativa ligada ao comércio, Julia sabia que estar próxima da equipe e profissionais experientes era importante para seu processo de aprendizado e assim desempenhar bem o compromisso firmado com o prefeito.

Foi pensando nisso que Julia convidou algumas lideranças da sua equipe para acompanhá-la no evento de acolhimento aos novos gestores da macro região de Bons Caminhos, iniciativa conjunta do COSEMS e da Secretaria Estadual de Saúde.

Neste evento ela teve o primeiro contato outros gestores de municípios da sua região e pôde conhecer melhor os temas mais sensíveis e a estrutura de governança do SUS.

Conheceu Olga, secretária de saúde experiente de Vila SUS, João Pedro, atual secretário de Aurora e Joana, secretária de saúde de Girassol, todos com grande experiência na gestão de saúde no SUS.

Julia, se apresenta ao grupo e pergunta a todos:

Julia (Ju): Ainda me sinto um pouco aflita com a quantidade de coisas que envolve a gestão no SUS, sentindo necessidade em aprender e me apropriar logo de todas essas coisas. E ainda mais com essa pandemia, tenho curiosidade em saber como foi esse período em outros municípios da minha região.

O.: Seja bem-vinda Julia, há quem diga que o SUS é quase um vício, quem entra nele dificilmente sai. É uma paixão sabe, um sonho que se realizou ao longo de muita construção. E foi isso o que garantiu a gente enfrentar a pandemia.

Joana (Jo): Eu sou sanitarista das antigas, passei por muita coisa nesses mais de 30 anos de SUS, e garanto que uma pandemia dessa proporção eu nunca tinha visto.

João Pedro (J. P): Em Freire, meu antigo município, o momento inicial, onde ninguém sabia sobre o que se tratava, víamos aquelas cenas nos hospitais chineses e depois nos italianos, foi uma pressão enorme.

O.: Não havia EPIs, testes, as informações eram conflitantes e dispersas, foi complicado superar esse momento.

Jo.: No meu município a solidariedade entre os profissionais foi um reforço tremendo, foi o que possibilitou uma resposta adequada e racional, baseado em orientações científicas.

J.P.: A população entendeu e correspondeu rapidamente aos nossos

pedidos de distanciamento físico, para preparar os serviços de saúde. Ficaram em casa, o que nos deu tempo para reorganizar os serviços. Pensando sobre esse momento agora, acho que avançamos muito para garantir um cuidado à população. Embora a pandemia siga seu curso e encerrando a vida de muita gente.

O.: Fora as sequelas e implicações possivelmente crônicas para os pacientes recuperados.

Ju.: E como vocês conseguiram preparar os profissionais para essa mudança tão repentina?

Jo.: Educação à distância foi fundamental, muitas capacitações foram disponibilizadas por diversas instituições científicas, acadêmicas ou de categorias profissionais.

O.: Além de muita paciência, resiliência e diligência para concluir toda essa transformação.

Ju.: Eu me aproximei mais da minha família, cuidamos dos mais idosos e vulneráveis. Mas agora estou aqui nesse novo momento, e vamos em frente, é preciso estar atenta e forte porque não vai ser fácil.

O.: Conte com a gente, é importante acompanhar as agendas dos encontros regionais de CIR e CIB. Vou te passar agenda das próximas reuniões.

Todos a cumprimentam, estendem a disposição de apoio e saúdam a sua chegada.

Ju.: Prazer em conhecê-los, e obrigada por tudo.

Julia ficou tocada com os relatos e ao mesmo tempo motivada para conhecer melhor sua equipe e como eles enfrentaram esse período. Pensava também nos efeitos da covid-19 na economia, ela como dona de comércio, setor impactado diretamente em razão das ações de distanciamento físico, sabia que o impacto negativo era inevitável.

Mas todos esses relatos, a coragem e o comprometimento dos profissionais de saúde, gestores, toda essa solidariedade parecia despertar um interesse maior. Passava pela cabeça a quantidade de vidas perdidas, de famílias em sofrimento, se sentiu ainda mais aflita e sabia que precisava ser rápida sua adaptação, não queria ficar com a sensação que poderia ter salvado uma vida e não o fez por despreparo, essa imagem a aterrorizava.

De volta ao município, Julia imediatamente chama uma reunião para escutar de sua equipe o relato sobre os principais problemas enfrentados durante a pandemia, desde o início da transmissão dos primeiros casos, até o momento daquela reunião. As falas da equipe foram longas e abordavam diversos assuntos, enumerados em um relato escrito por uma das participantes.

Relato da Reunião de Equipe – Cenário para a Gestão do Trabalho e Educação na Saúde durante a pandemia.

No início da pandemia a presença física, a organização dos fluxos e os deslocamentos dos profissionais de saúde foram elementos centrais. O objetivo inicial era a continuidade dos acompanhamentos de doentes crônicos e incorporação de casos mais complexos no cotidiano.

O atendimento dos pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, envolvia a separação de fluxos para sintomáticos e assintomáticos e organização de espaço exclusivo para as suspeitas de covid-19. O manejo clínico dos pacientes com suspeita de serem infectadas com o novo coronavírus teve muitas orientações e precisou ser continuamente atualizado pelas equipes.

A continuidade das atividades de rotina (como atendimento pré-natal, vacinação, atendimento a usuários hipertensos e diabéticos, visita domiciliar do ACS, entre outras), também precisaram ser discutidas: quais foram mantidas, adaptadas, reduzidas ou até mesmo suspensas? Processos que antes eram feitos no território passaram a ser feitos dentro das unidades ou foram mantidas no território de modo adaptado.

A gestão da assistência farmacêutica também sofreu uma pressão enorme e passou a ser vista como mais presente na vida das unidades de saúde.

A falta de insumos no início da pandemia foi crítica, não havia disponibilidade de testes, EPIs (Luvas, máscaras cirúrgicas e N95, óculos ou elmo e avental impermeável) e insumos básicos para o cuidado (oxigênio, termômetro infravermelho, ou oxímetro).

Apesar do esforço do setor de compras da secretaria, houve um período de muita disputa pelos poucos insumos disponíveis no mercado, e quando encontravam, os preços eram exorbitantes.

Os profissionais se mobilizaram para pressionar a gestão a oferecer um cenário de segurança pessoal durante as atividades laborais. A ética do trabalho de cada categoria foi colocada em pauta e esse tensionamento disparou muitas situações de reorganização de fluxos de trabalho, de uso de novas ferramentas e tecnologias.

As capacitações para os profissionais de saúde também foram apontadas como críticas no início desse enfrentamento. As questões de testagem, rastreamento de contatos, distanciamento social, uso adequado de EPI, etc. Essas capacitações, todas disponíveis e à distância, tiveram muito pouco uso no início da Pandemia.

Ações educativas em equipamentos sociais (como mercados e farmácia), identificação de grupos de maior vulnerabilidade so-

cial, ações de vigilância em lares para idosos, orfanatos e abrigos para deficientes no território, informação das UBSs sobre os casos confirmados, acompanhamento da quarentena dos contatos, identificação e notificação dos casos, foram pontos críticos nesse momento de reorganização da rede.

Outras funções entraram na rotina como identificação dos contatos, acompanhamento periódico da quarentena dos contatos (por visita domiciliar, visita peridomiciliar, teleconsulta, whatsapp, telefone), busca ativa de pacientes crônicos e gestantes, entrega de medicamentos no domicílio; todos esses novos processos foram incorporados dentro desse contexto que teve um agravante: a escalada de problemas associados à saúde mental de profissionais e pacientes exigindo a organização de ações de apoio psicológico a essas pessoas.

Para poder acompanhar melhor as necessidades de desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, foi criado o **Núcleo de Educação Permanente e Gestão do Conhecimento - NEPGEC** - no município, iniciativa da equipe responsável pela área de educação em saúde da secretaria. Essa nova estrutura ficou responsável por monitorar as ações necessárias para superar os desafios e problemas dos profissionais na ponta, além de ser um elemento essencial para o enfrentamento de emergências em saúde pública por meio de novas formas de ação no território e readaptação da assistência e vigilância em saúde.

Todas essas ações de análise de situação, planejamento e organização da rede municipal de saúde se apoiaram naquele momento no **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde, do CONASEMS/CONASS** e contaram com a preciosa contribuição da apoiadora do COSEMS, Vitória e do representante da SES, Jorge, sempre presentes em várias reuniões virtuais para a troca de informação e orientação para a equipe do município..

Tomando esse relato como ponto de partida, Julia pediu para a equipe do Núcleo de Educação Permanente sugerir alguma ação para que pudesse conhecer melhor o tema de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

A equipe sugeriu um webnário sobre GTES com a presença de um especialista, gestores experientes e a apoiadora do COSEMS.

Julia apostou na ideia, autorizou a organização do webnário, sugeriu que se convidasse um especialista no tema, além dos secretários que conhecera no evento de acolhimento dos novos gestores realizado pelo COSEMS, Olga, Joana e João Pedro.

Sua equipe reforçou a importância de contar com a participação da apoiadora Vitória, e quem sabe também de Jorge, representante da Secretaria Estadual de Saúde na regional de Céu Azul para contribuírem

no debate. Julia intrigada fez um desabafo:

Ju.: Apoiadora? Representante do estado na regional? CIR, CIB...? Preciso de um glossário do SUS, alguém pode me emprestar um?

A equipe se anima e explica para Julia o significado de todas essas siglas. A expressão da gestora não demonstrava muita segurança na compreensão de tudo aquilo, mas fez um sinal de afirmativo com a cabeça, confirmando a suspeita de que não havia entendido.

A PROPOSTA

*Webnário de GTES – A pandemia e os desafios para a gestão municipal do SUS. (Transmissão ao vivo pelas redes sociais de Céu Azul.)

Quando: 15/02/2021

Horário: 14h30 às 17h30

Mediação: Julia – Secretária Municipal de Saúde de Céu Azul

Programação:

14h30 - Abertura e acolhimento dos participantes;

14h40 – Especialista Gilles Guatarri – Repercussões da Pandemia para a GTES no SUS

15h10 – Desafios da pandemia para a gestão municipal do SUS e as perspectivas para 2021 – A experiência dos Municípios de Vila SUS (Olga), Aurora (João Pedro) e Girassol (Joana)

16h10 – O apoio Institucional aos municípios – Vitória, apoiadora do COSEMS e Jorge, representante da SES

16h30 - Debate

17h30 – Encaminhamentos e Encerramento

**O Webnário de Céu Azul foi inspirado nos Webnários – “Gestão do Trabalho (I) e da Educação na Saúde (II) em tempos de Pandemia” realizados durante o I Congresso Virtual do Cona-sems, de 10 de julho a 10 de novembro de 2020 e as falas aqui colocadas também inspiradas nas falas de nossos convidados.*

<https://www.youtube.com/watch?v=S7MApoeRShc>

<https://www.youtube.com/watch?v=eOjNr4kLu8Y>

Transmissão do Webnário via redes sociais da SMS de Céu Azul

Julia faz a abertura do evento contextualizando sua inserção recente na gestão do SUS, seus incômodos, angústias e desafios. Contudo, deu ênfase especialmente na estratégia que adotaria para responder às expectativas sobre o seu trabalho à frente da SMS de Céu Azul: aprendizado permanente, empenho, seriedade, transparência, valorização e participação dos profissionais de saúde na sua gestão. Fez uma declaração de compromisso público de trabalhar em favor de todos os cidadãos do município. Concluiu agradecendo a confiança do prefeito que a indicara a assumir essa nova função. E deu como abertos os trabalhos do Webnário, convidando o Professor Gilles Guatarri (G.G.) para fazer sua apresentação.

Após uma saudação a todos e todas, deu início à sua palestra

G.G.: Fico muito feliz de poder participar desse webnário com representantes da gestão municipal, do apoio e da SES e poder contribuir para essa discussão tão importante no âmbito do SUS. Gostaria de iniciar essa exposição pontuando alguns assuntos fundamentais para conhecer e se aproximar do tema Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Gostaria de começar por três perguntas orientadoras:

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

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

- *Se trabalhar em saúde significa cuidar de pessoas com necessidades de saúde, isso pode significar cuidar de pessoas num momento de vulnerabilidade física, psíquica ou de qualquer outra ordem, e nesse sentido o enorme desafio para quem faz a gestão consiste em responder as perguntas “por que fazer?” e “como fazer?”*
- *É preciso elaborar um conjunto de atividades e movimentos necessários e capazes de transformar as práticas dos profissionais no cotidiano das ações de saúde em respostas competentes para as necessidades de saúde ali presentes.*
- *O trabalho de cuidar diretamente das pessoas está relacionado ao trabalho de gerir o sistema e gerenciar os serviços, ao trabalho de participar das instâncias de negociação e controle social e ao*

trabalho de mobilizar as aprendizagens no trabalho e transformar as práticas no cotidiano.

É preciso aprofundar a análise dos elementos que estruturam e organizam os processos de trabalhos nos diferentes espaços de produção de saúde¹. Com esse entendimento se torna possível construir respostas capazes de atender as duas perguntas subsequentes.

É necessário compreender como as equipes processam o seu trabalho no cotidiano dos serviços². É possível realizá-lo de forma mais comprometida com os princípios do SUS, como a integralidade³? Os trabalhadores se sentem responsáveis pessoalmente ou coletivamente⁴ com o resultado final? A equipe fica satisfeita e realizada com o resultado do trabalho do grupo?

Vamos à próxima pergunta disparadora:



Gestão do Trabalho em Saúde

A gestão do trabalho no SUS é a política que trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do profissional é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde⁵. Desta forma, o trabalho é visto como um processo onde há a

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

2 Ver GOMES, R. S, GUIZARDI, F. L. PINHEIRO, R. A orquestração do trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2005. p. 253-66. <https://lappis.org.br/site/construcao-social-da-demanda-direito-saude-trabalho-em-equipe-participacao-e-espacos-publicos/4631>.

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

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

5 http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf

6 <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/PCCS.pdf>

coparticipação e corresponsabilização, e o profissional é autor de seu trabalho, não apenas um recurso humano passivo que executa tarefas previamente estabelecidas.

Logo, para que essa política seja executada, é necessário garantir a valorização do profissional da saúde e do seu trabalho através de ações concretas: Plano de Cargos, Carreira, e Salários⁶, vínculos de trabalho onde haja proteção social; educação permanente dos profissionais; garantia de espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde (mesas de negociação); humanização das relações de trabalho, garantia das condições de trabalho; entre outras.

Seguindo as transformações gerais do trabalho no mundo e no Brasil, somadas a necessidade de formas provimento de serviços de saúde na RAS para viabilizar acesso, resolutividade e integralidade do cuidado. No setor saúde as esferas de gestão – federal, estadual e municipal – passaram a utilizar diferentes formas de contratação e de gestão de pessoal, como contratos com organizações sociais, contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas, contratos com cooperativas, contratos por órgãos internacionais, convênios com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), com repercussões importantes para os profissionais e para a gestão, interferindo diretamente no cuidado em saúde.

Recorrentemente verificamos que a educação na saúde fica mais a cargo da gestão municipal da saúde, já a gestão do trabalho tem historicamente desenvolvido muitas ações e definições na esfera de atuação das secretarias municipais de administração ou órgão equivalente. Desse modo é muito importante o entendimento e a articulação entre as duas secretarias e o prefeito, além da procuradoria e controladoria.

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

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

Para uma gestão do trabalho adequado, é preciso compreender os elementos que o constituem, ferramentas e estratégias para apoiar suas respectivas equipes para as mudanças necessárias no modo de realizarem o trabalho nas unidades de saúde e nos territórios das equipes de saúde..

Entraremos a seguir, na última questão disparadora.



Gestão da Educação em Saúde

Analisar e buscar respostas para questões sobre o processo de trabalho da equipe⁷⁶ é uma forma de mapear problemas e identificar as relações que se estabelece entre os colegas, fazer essa reflexão é o exercício de agir na educação permanente.

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

O tema educação na saúde e formação de profissionais de saúde é vasto e complexo, e a gestão da educação na saúde trata das políticas inerentes a esse campo propondo a rediscussão da formação no ensino técnico, na graduação e pós-graduação.

Notadamente, a partir de 2003, especialmente no âmbito da gestão federal do SUS, foi feito um movimento forte no sentido de fazer cumprir o papel constitucional do SUS de ordenamento de recursos humanos com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES – no Ministério da Saúde, com o claro objetivo de desenvolvimento de políticas e estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados com a educação e o trabalho na saúde.

A grande novidade foi a ampla discussão com a sociedade, por meio dos conselhos, com a Academia e todos os atores envolvidos para a proposição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁸⁷

6 7 Ver Bonaldi, C, Gomes, R.S, Louzada, A P F e Pinheiro R. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. BARROS E MATTOS, R.A. (Orgs.). Trabalho em Equipe sob o eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco, 2007. p. 53-74 <https://lappis.org.br/site/trabalho-em-equipe-sob-o-eixo-da-integralidade-valores-saberes-e-praticas/4513>.

7 8 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi lançada em 2004 com a finalidade de produzir mudanças na gestão, atenção, formação e participação social em saúde, modificando os processos de trabalho no SUS. É regulamentada por duas portarias, a PT/GM 198/2004 e PT/GM 1.996/2007. Coloca como prioridade a articulação ensino e serviços e define a regionalização como base

De 2003 pra cá, muitas ideias/iniciativas foram discutidas, propostas e encaminhadas no campo da educação na saúde e a PNEPS, nascida para ser “A” política de formação para o SUS, conviveu nesses 18 anos com diferentes atores, distintas compreensões do conceito, variadas formas de financiamento.

Em 2011, o Ministério da Saúde cessou o repasse específico para a política baseado em relatórios financeiros que apontavam enormes saldos de recursos não utilizados em conta bancária, em razão de toda ordem de dificuldades narradas pelos responsáveis pela execução da política, especialmente nas secretarias estaduais de saúde, para onde majoritariamente os recursos eram direcionados.

Tantas mudanças, é claro, produziram muita confusão acerca do conceito, que era novo, e isso dificultou e tem retardado a compreensão de sua importância e potência, o “por que fazer?” e “como fazer?” educação permanente nos espaços da gestão municipal.

Em 28 novembro 2017, o Ministério da Saúde por meio da Portaria n 3.194 lançou o Programa de Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde – PRO EPS-SUS - com “o objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho”.

Para tal, houve o repasse de um incentivo financeiro, mediante adesão, que podemos considerar como um estímulo para a retomada das discussões da educação permanente nos espaços municipais. Você sabe se o seu município aderiu ao PRO EPS SUS? Que ações de educação permanente vocês planejaram para os trabalhadores do município? As ações constam do plano municipal de saúde? Conseguiram executar o planejado? Que dificuldades tiveram?

Hoje a gestão municipal do SUS está mais próxima destas discussões, e já se reconhece coparticipe na oferta de cenários para a formação dos profissionais de saúde, e compreende que a rede de serviços de saúde pode e deve ser pensada com contribuições e apoio também nas instituições acadêmicas e principalmente função estruturante no seu funcionamento como espaço de ensino-aprendizagem. Isso é fundamental para a aproximação à realidade das necessidades de saúde da população e portanto para a qualificação do cuidado em saúde. Isto porque para formar os profissionais para o SUS é importante que a gestão do sistema assuma e cumpra seu papel de ordenadora da formação de recursos humanos, e, portanto, de profissionais de saúde, conforme escrito na Lei Orgânica da Saúde.

O sistema de saúde, seja no âmbito nacional, estadual ou municipal, também tem como atribuição a participação no ordenamento da formação

para o desenvolvimento das ações. Propõe o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho através da interseção entre o aprender e o ensinar na realidade dos serviços.

profissional, como está registrado na Constituição. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde propõe que a formação dos profissionais esteja articulada com as necessidades e características do trabalho em saúde. Diversas aproximações entre o sistema de saúde e as instituições de formação, por meio de iniciativas como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), os Estágios e Vivências na Realidade do SUS (VER-SUS), as Residências em Saúde, a oferta articulada de estágios curriculares e extracurriculares e cursos (aperfeiçoamento, especialização, mestrados acadêmicos e profissionais e doutorados), tem contribuído para essa função, mas por quaisquer iniciativas que ocorram é que a institucionalização da educação permanente no município ocorra inserida no processo de organização do cuidado e da RAS no território, portanto conduzida pela equipe do município e parte de seu mapa estratégico de gestão.

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

Para investir em mudanças na formação dos profissionais de saúde, tendo a oferta de perfis mais adequados ao desenvolvimento do trabalho nos serviços e sistemas de saúde, é oportuno que os gestores façam aproximações com as instituições de ensino. Soube da importante iniciativa de gestores da região que já fizeram um levantamento de cursos de graduação na região e estabeleceram parcerias que foram fundamentais para a capacitação dos profissionais para o enfrentamento da pandemia. Articular essas ações fortalece a aliança entre a formação e o trabalho, inclusive para continuar aprimorando a qualidade dos seus profissionais com a participação em pesquisas e estudos que podem qualificar o SUS na região, especialmente nesses momentos de emergência em saúde pública.

Embora seja um instrumento pouco discutido e implementado, é importante apresentar para que saibam o que define o Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), que surgiu com a Lei 12.871, de 12 de outubro de 2013 – Lei do Programa Mais Médicos. (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm)

É um instrumento de apoio à organização dessas relações de ensino-saúde com as diretrizes publicadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação por meio da Portaria Interministerial nº 1.127 de 06 de agosto de 2015.⁸ Participam do COAPES todos os gestores municipais e/ou estaduais do SUS interessados em ofertar a sua rede enquanto campo de prática para estudantes de graduação e/ou residência. Participam também as instituições de ensino que possuem cursos de graduação na área da saúde e programas de

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.124, de 4 de agosto de 2015. Institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, ago. 2015.

residência médica e multiprofissional interessados em discutir e qualificar a inserção do estudante na rede e a integração ensino e serviço.

Por falar em médicos, precisamos mencionar o Programa Mais Médicos. Lembramos que foi uma ação do governo federal para o enfrentamento de um tema crítico, recorrente, sempre atual e cujas iniciativas federais ainda não deram conta de responder com a efetividade que o Sistema exige, que é o provimento de profissionais da saúde, especialmente médicos. A eterna discussão se a raiz do problema é escassez de profissionais – argumento defendido pela gestão do SUS – ou se a dificuldade está relacionada a má distribuição desses profissionais no território brasileiro – argumento defendido pela corporação médica – que justifica com razão, que há de haver incentivos para que profissionais - de qualquer área - optem por localidades pouco atrativas em razão de vulnerabilidades sociais, violência, distantes dos grandes centros urbanos.

Com o objetivo de enfrentar, em âmbito nacional, esse problema que impacta diretamente na oferta de serviço de saúde a população, em 2013 o governo federal criou o Programa Mais Médicos, estruturado em três eixos – 1. Provimento emergencial de médicos, 2. Formação – com a expansão de vagas de medicina em Universidades Federais, abertura de novas escolas médicas, ampliação de vagas residência médica sempre orientadas assegurando a interiorização pelo Brasil, 3. Estrutura física – com construção, ampliação e reformas e de milhares de Unidades Básicas de Saúde.

Aclamado pelos gestores do SUS, especialmente os secretários municipais, que viram na iniciativa, ainda que “emergencialmente”, uma resposta às necessidades da gestão municipal. Por outro lado, duramente combatido e criticado pela classe médica que não compartilhou desse mesmo entendimento, pelo contrário, viu o programa como um meio de exploração do trabalho médico sem a atenção devida aos direitos trabalhistas da categoria e nenhuma perspectiva profissional futura.

Ainda que enfrentando grande oposição no início, o Programa, durante esses anos, atendeu a demanda de municípios que enfrentam a dificuldade de contratar e fixar médicos por muito tempo em seu território, dificuldade essa quase sempre associada a aspectos já mencionados acima.

2018, novo governo, 2019 nova proposta para o enfrentamento desse problema e em 18 de dezembro de 2019 é aprovada a Lei 13.958 que instituiu o **Programa Médicos pelo Brasil** ([http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm#:~:text=L13958&text=Institui%20o%20Programa%20M%C3%A9dicos%20pelo,Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20\(Adaps\).](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm#:~:text=L13958&text=Institui%20o%20Programa%20M%C3%A9dicos%20pelo,Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20(Adaps).)), no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).

A constituição e organização da ADAPS, criada para administrar o novo programa, começava a se desenhar quando a pandemia foi anunciada pela OMS em 11.03.2020 e a urgência da situação obrigou o governo a adiar os planos para a ADAPS e lançar mão do que já tinha organizado, o Programa

Mais Médicos, e com vários editais no decorrer de 2020 colocou nos municípios durante a pandemia mais de 8000 médicos.

Acreditamos que esse ano a organização da ADAPS seja retomada e o novo programa colocado em ação.

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

Por fim, é importante abordar aqui, especialmente para os gestores recém-chegados no SUS, sobre as normas municipais, a legislação federal geral sobre o tema e a Norma Operacional de Recursos Humanos do SUS, na sua terceira versão, acessível no site do Conselho Nacional de Saúde, além de apresentar as responsabilidades descritas no Pacto pela Saúde 2006 (PT GM 399/2006)¹⁰, na gestão do trabalho e na educação na saúde.

RESPONSABILIDADES DOS MUNICÍPIOS NA GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Responsabilidades na Gestão do Trabalho

Todo município deve:

- Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;
- Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;
- As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:
 - Estabelecer sempre que possível espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;
 - Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;
 - Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;
 - Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e

gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

Responsabilidades na Educação na Saúde

Todo município deve:

- *Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde⁹, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;*
- *Promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;*
- *Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde¹⁰;*
- *Incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;*
- *As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal:*
- *Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS¹¹;*
- *Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova*

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

10 Ver CECCIM, R. B. & FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1): 41-66, 2004.

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

*orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS,
diversificando os campos de aprendizagem*

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

Bom pessoal, procurei abordar alguns conceitos importantes do campo – GATES - assim como algumas políticas e iniciativas governamentais. Muito obrigado pela atenção e sigo a disposição para o debate.

Ju – Professor, muito obrigada pela sua palestra altamente esclarecedora.

Prosseguindo com nosso webnário, ouviremos os gestores municipais, que compartilharão conosco como tem enfrentado os desafios dessa área tão desafiadora da gestão, por vezes fica relegada a um segundo plano, uma vez que urgência da assistência à saúde do cidadão é sempre a grande prioridade da gestão. Convidamos Olga, gestora do município de Vila SUS, João Pedro, de Aurora e Joana de Girassol para nos contar como enfrentaram os “Desafios da pandemia para a gestão municipal do SUS e as perspectivas para 2021”. Joana, a palavra é sua.

Jo* - Olá pessoal, sou Joana, reassumi a SMS de Girassol há 4 anos e apesar das dificuldades que já vínhamos enfrentando antes da pandemia, hoje quero conversar sobre como organizamos a saúde em Girassol pra dar conta desse desafio.

Em Girassol, a Política de Educação Permanente é realidade. Há anos criamos o Centro de Educação Permanente em Saúde – CEPS – que desenvolve ações diretas com os trabalhadores de nossa rede e também atua dando apoio às outras áreas da gestão.

Como nosso município conta com uma boa estrutura de instituições de ensino médio e superior, com cursos na área da saúde, sempre pudemos contar com a parceria dessas instituições para ações integradas de ensino-serviço-comunidade. Isso é de grande importância e valor para a gestão municipal.

O ano passado quando a OMS declarou a pandemia, logo em seguida, tivemos a notificação do primeiro caso de transmissão comunitária em nosso município e foi então orientado o distanciamento social, em meados de março de 2020. Era tudo novo, assustador, desconhecido e precisávamos aprender rápido como encarar o desafio posto, pois ele já estava entre nós.

Nós da gestão colocamos a questão para o CEPS: “*como desenvolver ações educativas para preparar os trabalhadores nesse momento de pandemia?*” Eram muitas as dificuldades para atender uma população que demandava assistência a saúde com necessidades referentes a essa doença, nessa situação de distanciamento social, uma vez que os grandes encontros ou reuniões, práticas recorrentes para os processos educativos, não eram possíveis naquele momento. Era preciso pensar novas estratégias.

A primeira ação desenvolvida pelo grupo foi a preparação de videoau-

las, de todo assunto que se pensasse ser útil para o trabalhador. Não havia cinegrafista nem roteirista nem nada especializado, foi o trabalhador com a mão na massa e o seu conhecimento, todos aprendendo a fazer fazendo, porque naquele momento era preciso.

Fizemos várias vídeo aulas – de manejo clínico de paciente sintomático respiratório, uso correto de EPIs, saúde mental - do trabalhador, do usuário acometido, de familiares. Foi um grande esforço conjunto de toda equipe da secretaria, fortemente liderados pelo CEPS.

Outra coisa que ajudou bastante foi que assim que as notícias da pandemia começaram a dar sinais que logo chegaria ao Brasil, a prefeitura municipal de Girassol se adiantou e constituiu o Comitê Técnico de Enfrentamento a Pandemia - uma parceria com vários órgãos públicos e privados - e essa iniciativa agilizou a elaboração de materiais informativos e facilitou amplamente a divulgação desse material, que foi disponibilizado em várias redes sociais de todos os órgãos envolvidos.

Esse riquíssimo material foi muito utilizado pelas equipes que “baixavam” o conteúdo da internet e faziam as rodas de discussão nas UBS. E sendo Girassol um município referência, toda a região também se beneficiou e pôde utilizar esses conteúdos.

Outra ação que desenvolvemos a partir da percepção da necessidade dos trabalhadores nas UBS, foi o preparo do trabalhador para fazer o manejo do paciente, se preciso fosse, na própria UBS. Havia um certo pânico entre os trabalhadores e procuramos intervir proporcionando formação para esses profissionais. Nessa fase, o apoio e orientação da apoiadora Valéria foram fundamentais para que implementássemos as ações preconizadas pelo **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**, do CONASEMS e CONAS S. A circulação desses conhecimentos visava também acalmar a ansiedade e mesmo o medo que naquele momento tomava conta de muitos de nós. As oficinas foram realizadas em pequenos grupos sempre respeitando todas as orientações de segurança.

Outra ação desafiadora foi junto aos Programas de Residência, Médica e Multiprofissional, que temos no município. A dúvida era se essas ações que sempre foram presenciais, deveriam continuar e se sim, como fazê-lo.

Mais uma vez a parceria com as IES (Instituições de Ensino Superior) foi fundamental, pois tivemos acesso às plataformas de ensino e pudemos seguir os módulos teóricos de forma virtual com os residentes. O grande desafio era como fazer rodas de conversa usando metodologias ativas que sempre foi a nossa prática. Como fazer uma problematização de forma virtual?

Foi preciso muito criatividade, e ainda que à distância, conseguimos desenvolver estratégias, como as transmissões ao vivo (lives), por exemplo. Foram vídeos ao vivo sobre covid-19, testagem, saúde mental, EPIs, monitoramento de contatos, e também não deixamos de trabalhar com os outros temas da saúde.

Ainda com as IES locais realizamos capacitação em Urgência&Emergência, e em seus centros de simulação realística, mais uma parceria ensino-serviço que agregou muita qualidade no processo de formação do trabalhador.

Instituímos testagem em vários grupos de trabalhadores do município, saúde, educação, segurança pública, transporte coletivo, sempre buscando o trabalho intersetorial visando o melhor desenvolvimento e alcance das ações propostas.

O CEPS organizou informação para que os próprios trabalhadores buscassem formação em outras fontes, uma vez que era impossível dar resposta pra tudo ao mesmo tempo, orientou sobre outros espaços importantes que disponibilizam cursos de acesso livre como sites de universidades, o Ministério da Saúde, UNASUS, OPAS, OMS, CONASEMS.

Foram muitas as ações nesse front da educação do trabalhador para esse enfrentamento. Aprendemos muito, a utilização das plataformas virtuais e das redes sociais, talvez tenha sido o maior aprendizado para a área, que sempre prezou pelo encontro presencial.

Seguimos apreciando o encontro, mas aprendemos que também podemos ser potentes utilizando recursos tecnológicos disponíveis, ganhamos tempo, número, e alcance, é a ferramenta do futuro. O aprendizado do uso dessas tecnologias educacionais, que ainda estamos aprendendo a lidar, mas que já reconhecemos sua enorme utilidade; a parceria com as IES cada vez mais fortes e valorosas, o trabalho coletivo e solidário, esse é o saldo positivo dessa tragédia que tem sido a pandemia. Muito obrigada.

Ju.: Joana, muito obrigada por compartilhar sua experiência, tão rica e abrangente, sua fala, tão esclarecedora e inspiradora. Em Céu Azul nós temos o Núcleo de Educação Permanente e Gestão do Conhecimento – NEPGEC, com a mesma missão do seu CEPS. Certamente vamos querer trocar umas figurinhas sobre a potência desses espaços, já que o nosso ainda é calouro. E agora vamos ouvir a colega Olga nos contar como foi em Vila SUS. Olga, a palavra é sua.

O.: - Boa tarde a todos e todas, antes de começar quero concordar com as palavras de Julia sobre a apresentação de Joana - esclarecedora e inspiradora – e a experiência de Joana reforça aquilo que sempre soubemos e acreditamos – o SUS e sua gestão somente conseguem apresentar resultados positivos, quando promovem a qualificação de sua equipe de gestão e de atenção à saúde para atuar nas várias frentes e demandas da secretaria. Equipes fortalecidas, qualificadas e comprometidas fazem toda a diferença para o protagonismo da gestão municipal e da produção do cuidado junto ao usuário.

Em Vila SUS, ainda não temos um núcleo estruturado como o NEPS de Girassol ou o NEPGEC de Ceu Azul, mas já vínhamos trabalhando na lógica da educação permanente, constituindo “facilitadores” de EP em cada uma das nossas ESF. Essas referências ajudaram muito na organização das ações de enfrentamento da pandemia quando ela nos bateu à porta.

Precisávamos aprender tudo que se sabia sobre a doença – distanciamen-

to social, uso de EPI's – e também lidar muitas vezes com todas as faltas... de informação confiável, de insumos básicos, dos próprios EPI's tão preconizados, era a velha prática de “trocar o pneu com o carro em movimento”. Reinventar, encontrar parceiros, dialogar com a população, foi como começamos.

Aqui também gostaríamos de reiterar o quão oportuno foi o Guia Orientador para nos apoiar na organização das primeiras ações junto às equipes, prepará-las com toda segurança, para ir ao encontro da população e orientá-la onde quer que estivesse, nas UBS, nas feiras de Vila SUS, no comércio, enquanto uma turma ia pra rua, também reorganizamos o espaço físico das UBS para a nova forma de trabalho, definindo área exclusiva e de acesso restrito para sintomáticos, criamos um espaço para os atendimentos e agendamentos telefônicos, organizamos a entrega domiciliar de medicamentos de forma a evitar a ida a UBS de usuários de grupos de risco.

Adaptação e cuidado nortearam nossas ações naquele primeiro momento, cuidado com o trabalhador, cuidado com o usuário, reinvenção das práticas. Tivemos também que conviver com o afastamento de trabalhadores pela doença e isso nos fez pensar estratégias para cuidar desse colega à distância, a maioria, assintomáticos ou leves, mas que exigiam nossa atenção. Montamos uma estratégia de chamadas de vídeo dos colegas da UBS para conversar e acompanhar a recuperação do colega.

Percebemos o quanto foi importante para a saúde mental de nosso colega esse simples gesto, saber que estávamos junto dele no dia a dia até a sua completa recuperação.

Aprendemos na prática a importância do suporte psicológico e do cuidado com a saúde do trabalhador, especialmente daqueles que estão na linha de frente, reaprendemos que todos são “o amor de alguém” e todos tem muito medo de perder o seu amor, essa lembrança fortemente presente nos aproximou como equipe, humanizou nossas práticas e tornou-nos mais solidários naquelas circunstâncias, muitas vezes longe do ideal.

Quase um ano depois, ainda vivendo as incertezas dessa doença, retomamos as atividades na secretaria com adequações no espaço físico e escala de trabalhadores visando a devida segurança para o trabalho. Ficou um grande aprendizado que pretendemos sistematizar e compartilhar com a equipe para pensarmos juntos como incorporar inovações interessantes que foram propostas naquele momento de crise, e foram muitas.

Era isso que eu gostaria de compartilhar com vocês, muito obrigada.

Ju.: Olga, muito obrigada por compartilhar conosco sua experiência tão rica, uma equipe coesa, comprometida, cuidadosa... parabéns pelo seu trabalho em Vila SUS. E para fechar a rodada de relatos da gestão no enfrentamento a covid-19, convidamos Joao Pedro, secretário de Aurora. Pedro, a palavra está contigo.

Joao Pedro – Ouvindo o relato de minhas colegas, Joana e Olga, fui ajustando o que falaria a vocês para não ser repetitivo, uma vez que muito do

que eu falaria elas já relataram. De um jeito ou de outro, todos nós, gestores comprometidos com a saúde do cidadão de nosso município e com o SUS, corremos para preparar nossa rede e nesse processo, trocamos muitas figurinhas naquele cenário quase desesperador que enfrentamos em meados de março de 2020. Começo destacando alguns momentos distintos que eu consigo enxergar no processo de enfrentamento da pandemia.

- Momento 1 - Preocupação com a organização dos serviços para dar conta do que viria pela frente – corrida por informação, treinamentos da equipe, remodelagem de processos de trabalho, readequação física de espaços, etc.
- Momento 2 – Lidar com fatores de stress do trabalhador (saúde do trabalhador) – medo do contágio, medo da morte, disponibilidade ou não de equipamentos de segurança, proteção individual e coletiva, quantidade de pessoas atendidas nos serviços, falta de leitos – clínico e de UTI, serviços abertos sem equipes e equipamentos suficientes.
- Momento 3 – Como enfrentar e como controlar a pandemia, duas ações distintas - A desassistência gerada pela orientação de “não vá ao serviço”, o “desacompanhamento” dos doentes crônicos com agravamento de quadro, a reconfiguração da atenção do processo saúde doença, a necessidade de olhar para a saúde do trabalhador de todo serviço essencial além da saúde – alimentos, postos de combustível, transporte, segurança pública e limpeza urbana.

Foi preciso buscar e introduzir novas tecnologias e equipamentos para darmos respostas às demandas que iam surgindo a cada momento.

E qual é o nosso papel nesse lugar que organiza esses setores, que organiza o componente assistencial do trabalho?

Percebemos o quanto momentos de troca, de conversa e compartilhamento de experiências eram importantes para o conforto psicossocial dos trabalhadores, precisamos manter a riqueza desse aprendizado.

O distanciamento nos obrigou a encontrar outras formas de organizar o trabalho e hoje vamos retomando o contato, mas com muitas perguntas – Como faremos agora? Mudaremos com o que aprendemos? Como lidaremos com a realidade que hoje se apresenta? O que faz sentido para permitir que a vida siga? Como nosso trabalho faz sentido nessa realidade?

Quando nós fazemos tantas perguntas sobre o sentido de algumas ações percebemos o quão forte é a presença da educação permanente no SUS, ainda que nem sempre reconhecida e nomeada. O trabalhador não é um mero “recurso” (humano) a ser locado aqui ou ali, ele é um ser em constante processo de construção de subjetividade, sujeito de seu processo de formação, sujeito nas ações de integração ensino-serviço, portanto ações de educação no serviço não são simplesmente “treinamentos de trabalhadores”.

A Educação Permanente é uma ferramenta de gestão, gestão que se faz com composição de práticas, práticas problematizadoras, na lógica de

construção de respostas. Nós precisamos organizar e orientar a educação na saúde no interior das políticas públicas de saúde.

A pandemia escancarou velhos e novos problemas – o subfinanciamento crônico do SUS, da ciência, das áreas tecnológicas, das universidades, a desvalorização do trabalho e ao mesmo tempo que evidenciou o papel crucial do trabalhador que de repente foi exigido a dar respostas às demandas para as quais nem sempre ele estava preparado, o que gerou insegurança e sofrimento.

Nesse cenário de dúvidas, angústias, perdas e também de comprometimento e respostas, o SUS começou a ser visto.

Também com tudo isso, nos demos conta que pouco sabemos do nosso trabalhador – invisível. Precisamos conhecer mais desses que carregam o SUS, o perfil de trabalhadores mais expostos, necessidade de capacitação, evidências de adoecimento psíquico, dimensionamento do problema em grupos mais vulneráveis, saúde do trabalhador fragmentada. Porém com tudo isso, são muitas e grandes as lições aprendidas, gargalos foram identificados, e precisamos aproveitar o momento para fortalecer o SUS superando as fragilidades identificadas, valorizando e qualificando o trabalhador, investindo em pesquisa.

Gostaria de expressar minha satisfação em participar com vocês desse momento tão rico de compartilhamento e aprendizado. Saio daqui hoje com a certeza que apesar das dificuldades e das perdas humanas irreparáveis, a criatividade e o compromisso dos que fazem o SUS fez a diferença, e acima de qualquer dificuldade, o nosso SUS respondeu.

Os desafios da pandemia reiteraram a grande lição que andávamos um pouco esquecidos – nós todos somos um só, e quando aceitamos isso e atuamos com união e solidariedade, somos melhores.

Muito obrigada por essa tarde tão especial.

Ju – Maravilha! Nossa, estou encantada com o trabalho de meus colegas, me sinto mais tranquila de saber que minha vizinhança é de colegas competentes e solidários, tenho certeza que vamos conversar muito ainda sobre todos os campos da gestão do SUS. Bem que Olga me avisou que o SUS é como um vício, uma paixão.

Encaminhando já para o final, vamos ouvir agora os apoiadores de nossa região, Jorge, da SES e Vitória, do COSEMS, que são nossos anjos nas horas de aflição, sempre nos trazendo informação e orientação atualizadíssimas para a organização de nosso trabalho.

Jorge: Então pessoal, muito importante ouvir tudo o que vem sendo feito por cada um dos gestores aqui da região de Bons Caminhos e muito nos alegra saber que nosso trabalho tem, de fato, apoiado vocês na organização de vossos serviços, é pra isso que estamos aqui.

Para aqueles que estão chegando agora é importante informar que a SES

tem a área específica de gestão do trabalho e da educação na saúde, para apoiá-los na organização dessa área em seu município ou compartilhar as informações desse campo. Aqui em nosso estado, temos a Escola Estadual de Saúde Pública e também a Escola Técnica do SUS, ambas ligadas à SES, e voltadas à formação de profissionais do SUS. As ofertas dessas escolas são organizadas segundo a demanda identificada pelos gestores municipais na CIES/CIR. Quem não conhece ainda, importante conhecer a CIES - Comissão de Integração Ensino e Serviço - onde as demandas de qualificação da força de trabalho são colocadas e discutidas pelo grupo de gestores da região e então encaminhadas.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde passou por um amplo processo de rediscussão no ano de 2018 e o relatório final pode ajudar a compreender melhor esse movimento e as iniciativas apoiadas pelo Ministério da Saúde¹².

Meu papel é apoiá-los então anotem meus contatos e não façam cerimônia em pedir ajuda. Muito obrigado pela oportunidade de estar aqui com vocês.

Ju – Jorge muito obrigada e saiba que vamos te procurar. Vitória contigo a palavra.

Vitória – Falar por último tem o lado bom, a gente quase nem precisa falar mais nada, ainda mais falar depois de pessoas tão qualificadas e atuantes no SUS. Então complementando as informações que ouvimos nessa tarde, quero compartilhar com vocês as iniciativas mais recentes do CONASEMS na área de formação de gestores e trabalhadores do SUS. Em 16.12.2020 o CONASEMS inaugurou em Brasília o seu estúdio onde serão produzidos conteúdos áudio-visuais para a iniciativa “**+CONASEMS**”, um conjunto de múltiplas plataformas – dispositivos móveis, EAD e TV – voltadas para a capacitação de gestores e trabalhadores do SUS. Com o lema “em qualquer tela, em qualquer tempo e lugar” todas as iniciativas do **+CONASEMS**, começam na **ADESÃO** do gestor e no seu envolvimento na mobilização de seus trabalhadores demonstrando a importância das iniciativas e as valorizando.

Além dessas, outras iniciativas como atividades de diversos projetos PROADI SUS, estão em processo de discussão e construção, hoje o CONASEMS compreende que também é sua a missão o apoio a gestão municipal do SUS por meio de atividades formativas. O papel de todos nós, que

12 ¹- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 73 p. : il.

compreendemos a importância dessas iniciativas é sensibilizar e mobilizar trabalhadores e gestores nesse movimento.

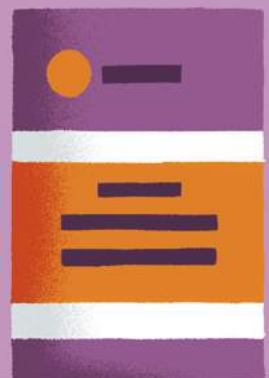
Nosso webnário foi transmitido ao vivo e possibilitou a participação dos profissionais de saúde, além do público residente na região. Houve muitas participações de lideranças comunitárias e até de representantes de órgãos de controle, sindicatos e de representações de classe. A interação por meio de comentários e perguntas permitiu um encontro rico e produtivo.

Queremos agradecer a participação de todos e dizer que podem esperar outros momentos como esse, vamos pensar uma forma de dividir com vocês a definição de temas de interesse e faremos outros encontros.

Muito obrigada a todos!

CAPÍTULO

06



GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO

O secretário de saúde recém empossado no município de Aurora convida a farmacêutica Karla, que é servidora concursada, para apresentar a situação da Assistência Farmacêutica (AF) e como ela está organizada no município.

Karla inicia a apresentação da área, relatando que no momento a Coordenadoria da AF está sem coordenador, que foi desligado com a equipe comissionada da outra gestão. O município conta com a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e a entrega e a dispensação de medicamentos é realizada nas farmácias e dispensários nas unidades de saúde. Também informa ao novo secretário que já existe uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), mas que não tem o tem conhecimento da última atualização.

05 de janeiro de 2021

**Aurora vai reorganizar
a assistência farmacêutica**

**Nova Gestão melhora qualidade
no uso de medicamentos no município**

No momento, a prioridade da equipe tem sido garantir os processos de compra e a distribuição dos medicamentos e insumos com regularidade para manter as unidades abastecidas. Por fim, Karla apresenta alguns indicadores disponíveis da área do último ano.

Após esse breve relato, Secretário, percebe que o atual modelo da AF em Aurora está focado apenas em fornecer medicamentos. O secretário João Pedro argumenta que as ações da Assistência Farmacêutica restritas à provisão do acesso aos medicamentos não dão conta de responder às reais necessidades da atenção integral à saúde e minimizar os riscos causados pelo uso inadequado destes. Na sua visão, é fundamental que as pessoas sejam orientadas sobre a utilização dos medicamentos e a importância do tratamento terapêutico farmacológico. Outra percepção é a AF não estar integrada com os demais serviços da rede municipal de saúde e ainda um processo fragmentado entre as práticas assistenciais, pois nas conversas com os demais coordenadores, em especial da atenção básica e da vigilância em saúde, ambos desconheciam as ações planejadas da AF, quais os serviços farmacêuticos ofertados e os medicamentos disponibilizados no município.

A farmacêutica Karla ressaltou que as emergências e as unidades de saúde da atenção básica estão lotadas, e que o número de prescrições de medicamentos aumentou muito, assim como o consumo e os gastos com medicamentos, principalmente com a chegada da pandemia da covid-19. Ela relata que outros fatores já vinham sendo percebidos como determinantes nesse aumento como: a transição demográfica e epidemiológica em curso no Brasil, que se caracterizam pelo aumento da população; as transformações nas estruturas etárias e perfil de adoecimento; a tripla carga de doenças, com uma predominância das doenças crônicas e ainda elevada prevalência de doenças parasitárias, infecciosas e da morbimortalidade por causas externas. Karla acrescenta que percebe uma baixa adesão aos tratamentos prescritos e a falta de muitos medicamentos, mas argumenta que a falta de estrutura e de recursos humanos e financeiros dificultam o desenvolvimento das atividades.

O secretário João Pedro, compartilha que recebeu reclamações sobre as farmácias lotadas e com filas demoradas, e insatisfação por parte da população atendida. Na sua visão é urgente que seja reorganizada a Secretária Municipal de Saúde, o que inclui a Coordenação da AF, tanto na perspectiva da sua organização quanto da estrutura e dos serviços prestados, e isso implica rever os processos de trabalho de todos os serviços para melhor responder essas demandas.

João Pedro resgatou o último plano de saúde do município e as metas definidas para AF, e observou que diante do que conversaram, o que foi planejado, pouco foi alcançado. Adicionalmente, alertou que a covid-19 tem impactado o cotidiano dos municípios brasileiros, e que teve uma experiência muito positiva em Freire, município em que foi gestor recentemente, onde o mesmo coordenou uma reorganização na assistência farmacêutica, e a partir desta experiência, gostaria de compartilhar este processo em Aurora.

A farmacêutica aproveitou a apresentação pelo secretário, e relatou o desconhecimento deste plano, e que nem ela nem os demais profissionais envolvidos na AF, tiveram oportunidade de participação ou representação no processo de construção do plano, e não sabiam das metas estabelecidas. Karla também ressalta a necessidade de investimentos nas estruturas das farmácias e dispensários.

Diante da reunião com Karla, o secretário João Pedro a convidou para assumir a coordenação da AF em Aurora, e solicitou que Karla apresentasse uma proposta de plano de ação considerando o seguinte:

- » **Como deve ser feito o planejamento da AF de Aurora mudar esse cenário?**
- » **Como estabelecer procedimentos técnicos-gerenciais e técnico-assistenciais para estruturação e organização dos serviços de AF?**
- » **Quais medicamentos devem ser comprados e quais os critérios devem ser estabelecidos?**
- » **Onde buscar os recursos necessários para execução da compra de medicamentos e para organizar a AF?**
- » **Como organizar ações de promoção do uso racional de medicamentos no município?**
- » **Como articular e integrar os serviços farmacêuticos com os demais serviços de saúde?**
- » **Como considerar a AF na Regionalização e Planejamento Regional Integrado?**
- » **O que será necessário mudar ou ajustar na AF durante a pandemia da covid-19?**
- » **Quais os principais impactos que já houve?**
- » **E quais as lições aprendidas até o momento que podem ser implementadas em Aurora?**

Karla aceita o desafio de Coordenar a AF de Aurora e comenta com João Pedro sobre o município de Vila SUS que tem sido na região de Vale Feliz um exemplo na gestão da AF e que mantém um bom contato com a farmacêutica Fernanda responsável pela área. O secretário João Pedro, comenta que conhece a secretária Olga e incentiva Karla a estabelecer esse diálogo permanente e ressalta a importância de articular, na câmara técnica da Comissão Intergestores

Regional (CIR), os demais coordenadores de AF dos municípios da região.

Em uma das reuniões da CIR da Região de “Vale Feliz”, João Pedro realizou, junto com Olga SMS de Vila SUS, um debate sobre o modelo da atenção básica na região. Dentre vários pontos discutidos, os gestores apontaram que para fortalecer a AB e que seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS seja efetivado, é fundamental integrar as ações das demais políticas no território das equipes de atenção básica, como as políticas de Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica.

No debate da AF, foram apresentados o diagnóstico da AF nos municípios da região, que havia sido produzido durante o planejamento regional:

- *Baixa implementação das Políticas Farmacêuticas nos municípios;*
- *Desconhecimento por parte de alguns gestores municipais da missão, visão e valores dos serviços farmacêuticos em seus municípios;*
- *Deficiência nas ações de gestão, planejamento e a programação de AF;*
- *Desarticulação dos serviços farmacêuticos com os demais serviços de saúde e com as farmácias do componente especializado;*
- *Elevado gasto financeiro com medicamentos;*
- *Dificuldade nos processos de aquisição dos medicamentos, com alto índice de fracasso nos certames;*
- *Baixa informatização na assistência farmacêutica com pouca disponibilização de informações e indicadores;*
- *Estrutura inadequada nos estabelecimentos (Central de Abastecimento, Unidades de Dispensação, farmácias etc.), tanto estrutural, quanto de equipamentos e mobiliários;*
- *Ausência do cuidado farmacêutico na atenção básica;*
- *Recursos humanos insuficientes e baixa capacidade operativa, tanto os profissionais de nível técnico/médio e superior;*
- *Baixa institucionalização das Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);*
- *Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) com muita divergência entre os municípios da região;*

Ciente da complexidade que envolve o setor de medicamentos no município, Karla buscou conversar com a sua colega farmacêutica Fernanda, responsável

pela AF em Vila SUS, sobre quais foram os passos para a qualificar a gestão da AF na AB. Com as orientações da farmacêutica, inicia o mapeamento das funções dos profissionais e técnicos que estão envolvidos na gestão da AF, para a condução das demandas definidas nas políticas farmacêuticas e nos serviços em seu município.

Atenta as orientações do secretário João Pedro, também se aproximou da Coordenação de Atenção Básica em Aurora, principalmente agora, que há necessidade de se adaptar às regulamentações das ações que os municípios devem exercer na AF em função das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). (Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017). Uma das prioridades da atual gestão é a defesa da qualificação da Atenção Básica como meta, e já está estabelecido para o novo Plano Municipal de Saúde, que o modelo de saúde adotado assumirá o papel de coordenadora do cuidado integral e ordenadora do sistema de saúde, incluindo a assistência farmacêutica nas ações de planejamento.

As ações de Assistência Farmacêutica devem ser realizadas com base nos princípios estabelecidos no Artigo 198 da Constituição Federal e no Artigo 7º da Lei Orgânica da Saúde, bem como em preceitos inerentes à Assistência Farmacêutica. Além disto, a gestão da AF precisa integrar, de forma articulada, os produtos, os serviços e o fazer coletivo; a disponibilização e o uso dos medicamentos, os resultados logísticos, os clínicos e sociais, considerando os seguintes fatores que influenciam sua execução:

- *fatores demográficos: envelhecimento da população, população infantil vulnerável, crescimento populacional, mudanças nas características epidemiológicas e distribuição geográfica da população;*
- *fatores tecnológicos: desenvolvimento de novos equipamentos, medicamentos e insumos, novas técnicas de divulgação de informação e de novos dados sobre esta tecnologia existente, biotecnologia;*
- *fatores sociológicos e educacionais: expectativa e colaboração dos usuários, abuso e uso incorreto de novas tecnologias, readequação da educação e educação permanente do pessoal de saúde, definição de critérios éticos para a promoção da saúde com a equipe de saúde, com o usuário e com a comunidade, participação da comunidade;*
- *fatores econômicos: aumento de custos da assistência sanitária; economia nacional e mundial; as insistentes desigualdades sociais, administração eficiente de recursos econômicos;*
- *fatores políticos: prioridades na aplicação dos recursos direcionados para a saúde, mudanças na política econômica, critérios das instâncias normativas e jurídicas em assuntos sanitários como Políticas de Estado, regulamentação sanitária e fiscal;*

- *fatores profissionais: diversidade na formação dos profissionais de saúde, relações trabalhistas, falta de padrão nos processos de trabalho de atenção ao usuário;*
- *fatores de prestação de assistência sanitária: acesso aos serviços, tripla carga de doenças, uso racional de medicamentos, segurança e eficácia de tratamentos, planejamento das ações em saúde, integração de equipes e da rede de serviços (inclusive regionalizada), regulação das relações público-privado;*

Após ser nomeada como Coordenadora da Assistência Farmacêutica de Aurora, a farmacêutica Karla realiza uma oficina com todos os profissionais que atuam nos serviços farmacêuticos, incluindo as equipes de apoio técnico na CAF, farmácias e dispensários, com o objetivo de preparar a proposta de plano de ação solicitada pelo secretário. Na oficina aborda que o planejamento deve focar na melhoria dos serviços e no trabalho integrado entre os profissionais da rede municipal a fim de se garantir o uso adequado e o acesso da população aos medicamentos.

Um dos desafios apontados durante a oficina é como responder de forma organizada e integrada, às demandas de saúde dos municípios e garantindo a integralidade do cuidado. O consenso estabelecido no grupo, aponta que é preciso superar a fragmentação das ações e serviços também no campo da AF, avançando conjuntamente na perspectiva da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), (Ver capítulo 10 - Rede de Atenção à saúde e Organização do cuidado no território).

Os farmacêuticos da Atenção Básica apontaram a importância da aproximação com a equipe da Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde (SES), uma vez que alguns medicamentos financiados pelo SUS são de responsabilidade da União e outros da SES, no entanto, os usuários buscam o acesso a medicamentos nos municípios e nem sempre a gestão municipal tem as informações necessárias para orientar. Esta aproximação também pode oportunizar o apoio técnico e financeiro, melhorias nas estruturas, renovação de equipamentos e mobiliários, aprimoramento nos processos logístico e transporte, além da capacitação dos profissionais da área.

Fernanda recomendou para que Karla e sua equipe façam os cursos ofertados pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS), proposto pelo Conasems e oferecido pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e Ministério da Saúde (MS) e aproveitou e compartilhou os materiais.

Karla convida Fernanda para participar da oficina com sua equipe de Aurora, ministrando temas relacionados a gestão da assistência farmacêutica municipal a partir dos materiais dos cursos.

Fernanda inicia sua apresentação abordando uma nova perspectiva da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde, no qual entende-se que deve integrar a rede através de atividades clínicas nos pontos de atenção à saúde e como sistema de apoio visando garantir o abastecimento dos medicamentos nas diferentes unidades funcionais por meio das atividades

técnico-gerenciais com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, no momento que ele precisa, com suficiência, regularidade e qualidade .

QUER ACESSAR O MATERIAL DOS CURSOS?

Acesse: assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br

Entende-se que “os serviços farmacêuticos se constituem no conjunto de atividades (tanto de apoio quanto clínicas) e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas), e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade, dirigidas a indivíduos, famílias e comunidade” (E-book HAOC - aula 2 curso 2). Fernanda destaca que o desenvolvimento de serviços farmacêuticos através de atividades técnico-gerenciais de forma articulada e sistêmica é fundamental para que a AF integre a RAS como sistema de apoio, conforme Figura abaixo

ATIVIDADES TÉCNICO-GERENCIAIS DE APOIO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE



Fonte: E-book HAOC (aula 2 curso 2)

A farmacêutica explica que o acesso da população ao medicamento deve ser qualificado a partir de uma escolha terapêutica correta e que conte com argumentos racionais que justifiquem o seu uso, e enfatiza que a terapêutica e o uso racional de medicamentos pressupõem o desenvolvimento, de forma integrada e articulada, de todas as atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição), além de farmacovigilância e gerenciamento. Outro problema que a gestão da AF terá que resolver, será o de como descartar os medicamentos

vencidos ou sem utilização em função da perda de qualidade destes e, ainda, de como os usuários devem ser orientados quanto a esta questão.

Para lidar com esse cenário, Fernanda aponta as seguintes recomendações:

RELACIONADOS À GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA:

- *Constituir uma equipe multiprofissional para a área visando o desenvolvimento das ações da AF, por meio de parâmetros que permitam definir competências e habilidades do profissional para direcioná-lo ao desenvolvimento de atividades ligadas ao seu perfil e garantir quantidade suficiente de farmacêuticos e demais profissionais para suprir os serviços existentes e os que serão implantados e/ou qualificados.*
- *Incluir nas ações de Educação Permanente do PMS (Ver capítulo 5), processo de capacitação adequadas para o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos.*
- *Executar de forma efetiva os recursos financeiros destinados à Assistência Farmacêutica Básica em sua totalidade.*
- *Envolver a equipe multiprofissional nos processos de tomadas de decisão e elaboração dos instrumentos de gestão (Ver capítulo 3).*
- *Desenvolver estratégias para a diminuição das demandas judiciais, com objetivo de prover uma maior aproximação entre os operadores da Justiça e a gestão da saúde (Ver capítulo 9).*
- *Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no tocante a tipologia dos estabelecimentos relacionados a assistência farmacêutica seja em edificações exclusivas ou aquelas que existem como um ambiente interno em outros estabelecimentos de saúde, especialmente nas unidades básicas de saúde e centros de atenção psicossocial. (ver capítulo 7)*
- *Implantar o Hórus ou sistemas próprios para o controle das atividades da AF no sentido de melhor avaliar a efetividade das ações de AF, por meio do monitoramento de indicadores.*

RELACIONADOS AOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS TÉCNICO-GERENCIAIS:

- *Elaborar, revisar e atualizar a REMUME em consonância com as atualizações da RENAME, bem como garantir ampla divulgação e disponibilização das listas de medicamentos e locais de acesso à população e aos profissionais.*

- *Recomenda-se instituir uma Comissão de Farmácia e terapêutica (CFT) em nível local e/ou regional.*
- *Para uma adequada programação e abastecimento da rede, recomenda-se que sejam considerados minimamente perfil epidemiológico, oferta de serviços, recurso disponível e consumo histórico, constantes do PMS.*
- *A inserção do profissional farmacêutico seja na elaboração do termo de referência, como na emissão de parecer técnico para aquisição de medicamentos.*
- *Adoção de estratégias que proporcionem maior poder de compra e economia de escala na aquisição, visando otimizar a utilização dos recursos financeiros, a exemplo dos consórcios regionais, atas de registro de preços regionais ou estaduais (ver Cap. 08)*
- *Garantir a estrutura adequada para o armazenamento de medicamentos nos estabelecimentos de saúde, conforme legislação vigente, atendendo às Boas Práticas de Armazenagem de Medicamentos;*
- *Garantir local específico para o armazenamento dos medicamentos de controle especial em todos os serviços em que esses são disponibilizados sob controle e supervisão do profissional farmacêutico responsável;*
- *Para os medicamentos termolábeis devem ser observadas as condições exigidas para o armazenamento com disponibilidade de refrigerador e/ou câmara fria de uso exclusivo, que garantam sua estabilidade;*
- *Assegurar os recursos necessários (físicos, tecnológicos, humanos) para o envio obrigatório das informações à BNAFAR - base nacional de dados e ações e serviços da assistência farmacêutica no âmbito do SUS, conforme legislação vigente;*
- *Rever e ampliar alguns procedimentos para otimizar os processos referentes aos componentes especializado e estratégico na região, tais como: formalização de cronograma de abastecimento, estabelecendo os fluxos, os prazos para execução e a periodicidade dos pedidos e entregas de medicamentos; elaboração de normas e procedimentos padrões das rotinas dos serviços;*
- *Propiciar área adequada e humanizada para a assistência farmacêutica nos diferentes pontos da rede;*
- *O descarte adequado de resíduos deve ser assegurado em todos os serviços, com local específico para o seu acondicionamento e recolhimento, evitando contaminações e acidentes.*



RELACIONADOS AOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS ASSISTENCIAIS (CUIDADO FARMACÊUTICO)

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

Neste sentido, a contribuição da AF é estratégica na organização dos serviços de saúde e também no exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Deve utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas que possibilitem a observação de critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e garantia de que todo sofrimento e necessidade de saúde serão acolhidos.

A equidade no acesso aos medicamentos no SUS é uma preocupação

para os gestores municipais e tem que ser garantida a partir da premissa de que o direito à assistência integral implica a partilha entre os entes federativos das responsabilidades legais do Estado, de propiciar o acesso igualitário e universal também na assistência farmacêutica. A Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada pela Portaria GM/MS nº 3916, em 1998¹ e a Resolução CNS n. 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) contém as diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS.

COMPONENTES DA AF, FINANCIAMENTO COMPARTILHADO E ATRIBUIÇÕES TRIPARTITE

A Portaria Nº 1.555 de 30 de julho de 2013, publicada no DOU nº 146 de 31/08/2013², define as responsabilidades e o financiamento da gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I da RENAME vigente e de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

A Portaria Nº 3.193 de 9 de dezembro de 2019, publicada no DOU nº 238 de 10/12/2019 alterou o artigo 537 da Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017 para dispor da aplicação pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

União: Os valores a serem repassados para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do CBAF constantes dos anexos I e IV da RENAME vigente no SUS serão definidos com base no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) conforme classificação dos municípios nos seguintes grupos:

- IDHM muito baixo: R\$ 6,05 (seis reais e cinco centavos) por habitante/ano
- IDHM baixo: R\$ 6,00 (seis reais) por habitante/ano;
- IDHM médio: R\$ 5,95 (cinco reais e noventa e cinco centavos) por habitante/ano;
- IDHM alto: R\$ 5,90 (cinco reais e noventa centavos) por habitante/ano;
- IDHM muito alto: R\$ 5,85 (cinco reais e oitenta e cinco centavos) por habitante/ano.

1 Portaria nº 3916 de 30 de outubro de 1998, e Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004, regulamentadas pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017: políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 Portaria nº 1555 de 30 de julho de 2013, regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017: normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Estados e Municípios: no mínimo R\$ 2,36 por habitante/ano cada ente, incluído neste valor a aquisição de insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS (10/10/2007³) constantes no anexo IV da RENAME vigente;

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

O repasse dos recursos financeiros para os municípios, oriundos do orçamento do MS para a aquisição dos medicamentos do componente básico, é viabilizado por meio de parcelas mensais correspondentes a 1/12 do valor anual. Importante destacar, que nada impede que as CIB estaduais pactuem valores acima daqueles pactuados na CIT, e citados no box.

Além de programas específicos de qualificação da AF (como p. ex. QUALIFARSUS) e dos programas voltados para requalificação das UBS, as Secretarias Municipais de Saúde poderão, anualmente, utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais e municipais, para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS nos municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde.

Karla, lembra das preocupações do secretário João Pedro quanto as vedações legais sobre o uso de recursos, e ao ver na apresentação de Fernanda que a Lei veda o uso dos recursos do componente básico para aquisição de medicamentos dos componentes especializado e estratégico, buscou informações sobre o abastecimento de outros medicamentos como p. ex. as insulinas, os medicamentos para doenças transmissíveis, os medicamentos do componente especializado, os medicamentos fitoterápicos e ainda os homeopáticos.

O MS é responsável pelo financiamento e a aquisição da insulina NPH 100 UI/ml e da insulina humana regular 100UI/ml, estas insulinas são adquiridas e distribuídas na forma de Frascos ou na forma com o sistema de aplicação em caneta para aplicação de insulina incluindo a agulha para a caneta. O MS também é responsável pela sua distribuição até aos almoxarifados e Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais, competindo a estas SES a distribuição destas 2 insulinas aos municípios. Da mesma maneira cabe ao MS o financiamento e a aquisição dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher (Anexo I e IV

3 PORTARIA Nº 2583, DE 10 DE OUTUBRO DE 2007 - Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus, regulamentada pela Portaria de consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

da RENAME), variando a sua responsabilidade em relação à distribuição deste. Para os municípios com população acima de 500.000 habitantes o MS entregará diretamente, aos demais municípios as entregas deverão ser realizadas pela SES após recebê-los do Órgão federal.

Karla informa a todos na oficina que o secretário alertou sobre essas condições e pede atenção na relação com a SES, e os demais municípios, pois são nesses níveis de gestão do SUS, que se localizam a responsabilidade pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente, conforme pactuação nas respectivas CIB, incluindo:

- I.** *Plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da RENAME em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS.*
- II.** *Matrizes homeopáticas e tinturas-mães conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira 3ª ed., para as preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS.*
- III.** *A aquisição dos medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.*

Sabendo da realização da oficina o Secretário João Pedro solicitou um momento para apresentar Vitória apoiadora regional que estava em visita técnica em Aurora, e pediu que a mesma comentasse sobre experiências exitosas na AF tanto nacionais quanto na região. A apoiadora pediu que todos pudessem acessar as experiências da “Mostra: Brasil aqui tem SUS” (trabalhos selecionados com a colaboração da REDE CONASEMS / COSEMS, apresentadas durante os Congressos anuais do CONASEMS e disponibilizadas em sua página: <http://www.conasems.org.br/institucional/brasil-aqui-tem-sus/>) e o banco de experiências no COSEMS, e falou que alguns municípios conseguiram reduzir custos e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, implementando os medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, e que esta seria uma boa experiência para Aurora disponibilizar aos seus municípios na sua atenção básica.

Durante essa fala de Vitória, surgiu uma pergunta sobre a qualidade destes medicamentos, e a farmacêutica Karla interveio respondendo que os medicamentos fitoterápicos, assim como todos os medicamentos, são caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, assim como pela reprodutibilidade e constância de sua qualidade. A eficácia e a segurança são validadas através de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização, documentações tecno científicas em bibliografia e/ou publicações indexadas e/ou estudos farmacológicos e toxicológicos pré-clínicos e clínicos. A qualidade deve ser alcançada mediante o controle das matérias-primas, do produto acabado, materiais de embalagem e estudos de estabilidade.

Fernanda complementou que o Ministério da Saúde disciplinou o uso destes medicamentos por meio da Política e do Programa Nacional de Plantas Me-

dicinais e Fitoterápicos, que têm como objetivos propor a ampliação das opções terapêuticas e melhoria da atenção à saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

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

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

A apoiadora Vitória, do COSEMS, reforçou a todos para alimentar a BNAFAR, justificando que é a consolidação dos dados nacionais de posição de estoque, entradas, saídas, avaliações e dispensações realizadas pelos estabelecimentos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal para os medicamentos padronizados na RENAME, e do Programa Farmácia Popular do Brasil. Instituída em 24/10/2017, ela contém os dados dos Componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica⁴. A BNAFAR é constituída por dados do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus), serviço de envio de dados (web service) e Sistema Autorizador do Programa Farmácia Popular.

O Secretário João Pedro se despede junto com Vitória da Oficina, e ratifica a necessidade de definir uma Política Municipal de Assistência Farmacêutica para Aurora e solicitou a sua equipe apresentar as diretrizes e os objetivos estruturais, as estratégias, o financiamento, os critérios mínimos de organização e de estruturação de serviços na esfera municipal.

Antes de responder às questões colocadas logo acima, tornou-se importante para a equipe de Aurora tomar conhecimento dos outros componentes da AF, que apesar de suas compras não serem de sua responsabilidade, os usuários deverão ter acesso a eles quando da necessidade.

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

COMPONENTES DE FINANCIAMENTO PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

COMPONENTE BÁSICO	<i>Destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.</i>
COMPONENTE ESTRATÉGICO (CESAF)	<i>Destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS.</i>
COMPONENTE ESPECIALIZADO (CEAF)	<i>Destina-se à garantia da integralidade do tratamento, medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.</i>

Fonte: ebook Curso 3 aulas 2 HAOC

Uma das atividades direcionadas na oficina foi a utilização dos materiais dos cursos para as equipes de apoio e demais profissionais que atuam na AF, onde a farmacêutica Fernanda abordou os principais temas relacionados ao bom desenvolvimento das ações e serviços na AF:

Serviços Farmacêuticos nos municípios: Atividades técnico-gerenciais (Ebook curso 3 aulas 10)

No Brasil, está claramente definido o compromisso da assistência farmacêutica com a promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como no coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o uso racional. Por meio de um amplo conjunto de ações deve trabalhar na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (Ebook curso 3 aulas 9)

Os serviços farmacêuticos estão imbricados na assistência farmacêutica, sendo realizados no âmbito do Sistema de Saúde em seus componentes mais ligados às prestações de serviços aos indivíduos, à família e à comunidade. Como já abordado anteriormente, os serviços farmacêuticos podem ser compreendidos a partir de dois grandes grupos de atividades: as técnico-gerenciais, relacionadas à logística e gestão, e as técnico-assistenciais, com foco nas pessoas. (Ebook curso 3 aulas 9)

Outra compreensão que merece ser resgatada é que a integração da Assistência Farmacêutica (AF) na Rede de Atenção à Saúde (RAS) também decorre de atividades técnico-gerenciais de apoio (ver figura 1), exigindo uma equipe qualificada da assistência farmacêutica para a execução de cada uma dessas etapas.

Fernanda aponta que para ter uma boa execução nessas atividades, é fundamental o suporte de apoio técnico e demais profissionais capacitados, seja em uma unidade básica, um centro de especialidades ou Central de Abastecimento Farmacêutico/almoхарifado ou em outras estruturas funcionais, além disso, a oferta do Cuidado Farmacêutico associado às atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico para a obtenção de melhores resultados relacionados à farmacoterapia e à melhoria da qualidade de vida do usuário é possível quando existe o apoio da equipe técnica.

O apoio técnico, devidamente supervisionado pelo profissional farmacêutico, focado nas atividades técnico-gerenciais citadas acima e no suporte à identificação de usuários que necessitem de serviços clínicos de maior complexidade, é essencial para a oferta do Cuidado Farmacêutico.

Uma das questões levantadas durante as atividades na oficina pela equipe de Aurora, é que a população sempre busca e prioriza receber o medicamento, que não importa qualquer informação adicional e sim saber se tem ou não o tem o “remédio”, a equipe de apoio comenta que na sua percepção o valor agregado para a população em geral e também para alguns profissionais e gestores é ter o medicamento disponível na prateleira. Karla reforça essa percepção da sua equipe, e acrescenta que a disponibilidade oportuna de medicamentos é um dos indicadores da qualidade dos serviços de saúde, por isso o planejamento é essencial ao abastecimento.

Fernanda ao ouvir essas colocações, reforça as recomendações gerais feitas anteriormente, e adicionalmente compartilha um dos aprendizados no curso, que foi muito disseminado pelos tutores e demais colegas que estavam cursando: “Antes de prover, é necessário prever todos os fatores que possam comprometer a credibilidade dos serviços no que se refere à programação e aquisição de medicamentos”, e comenta que para isso, devem-se considerar os aspectos descritos nos materiais conforme o quadro a seguir:

FATORES QUE INFLUENCIAM O ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS

INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	FINANCIAMENTO
<i>Conhecer as condições de saúde e identificar a incidência das doenças e óbitos da população é condição fundamental para estabelecer as prioridades de intervenção e os tipos de medicamentos necessários para determinado território</i>	<i>Conhecer a realidade do município; a estrutura; os processos de trabalho; o fluxo e sistema de informações; o mecanismo de controle e avaliação; os canais de articulação, comunicação e informação; as demandas, entre outros, para otimizar tempo e recursos.</i>	<i>A disponibilidade de recursos financeiros influencia na priorização e na quantidade de medicamentos a serem adquiridos. Os instrumentos de planejamento devem estabelecer o orçamento detalhado.</i>
SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS	GESTÃO DE ESTOQUE	INFRAESTRUTURA DE RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS E MATERIAIS
<i>A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é a lista oficial de medicamentos do SUS, sendo orientadora da organização dos serviços e da padronização de medicamentos nos estados e municípios. Essa lista deve nortear a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) ou Relação Regional de Medicamentos (REREME) e a Relação Estadual de Medicamentos (RESME).</i>	<i>Fundamental para prover um abastecimento para atendimento oportuno com menor custo possível, sem faltas, excedentes e perdas por erros de projeção de demandas. Deve identificar o histórico de entradas e saídas, dos níveis de estoque (mínimo, máximo, ponto de ressuprimento), dos dados de consumo, da demanda atendida e não atendida, a sazonalidade e as flutuações de consumo</i>	<i>Equipe qualificada e focada no serviço de abastecimento, com interface com os diversos setores da rede de saúde. Essa equipe deverá dispor de espaço físico específico, equipamentos, materiais e sistema de informações* que forneça dados consistentes para o processo decisório da logística.</i>

Fonte: (Ebook curso 3 aulas 10)

Outra lição aprendida no curso e que Fernanda faz questão de lembrar é que as atividades técnico-gerenciais têm implicações nas técnico-assistenciais e vice-versa. Por exemplo, se faltarem medicamentos ou se estes não tiverem qualidade, os usuários não obterão os resultados terapêuticos desejados. (Ebook curso 3 aulas 9)

Se as atividades de orientação e aconselhamento aos usuários não forem efetivas, os resultados terapêuticos terão menor chance de serem alcançados, gerando necessidade de novas consultas que poderiam ter sido evitadas (comprometendo mais a agenda e o tempo dos profissionais do cuidado) e de tratamentos de segunda e terceira linha, em geral mais caros e com mais chance de efeitos adversos. Igualmente, se a atividade de revisão de uso de medicamentos nas prescrições falhar, poderá haver menor adesão dos prescritores aos protocolos de tratamento, afetando o estoque programado, o que gera faltas evitáveis de medicamentos. (Ebook curso 3 aulas 9)

Diante desta reflexão, a farmacêutica descreve sucintamente as atividades técnico-gerenciais de apoio conforme a seguir:

SELEÇÃO

A adequada seleção compreende o processo de escolha de medicamentos eficazes, seguros, custo efetivos e essenciais ao atendimento das necessidades de uma população.

PROGRAMAÇÃO

Consiste em estimar os quantitativos necessários de medicamentos para atender de forma continuada a determinada demanda do serviço de saúde por um período estabelecido. É realizada com base nos medicamentos padronizados no município. Uma programação adequada depende de um bom controle de estoques, além de previsão financeira e orçamentária para posterior aquisição.

AQUISIÇÃO

Consiste em um conjunto de procedimentos a partir dos quais se efetiva a compra de medicamentos para suprir necessidades em quantidade e qualidade com o menor custo possível dentro da realidade do mercado e mantendo a regularidade do abastecimento em local e tempo determinados. Para ganhos de escala (redução do preço em função do maior volume da compra), podem ser estabelecidos consórcios intermunicipais (parcerias entre municípios) para a compra conjunta ou atas de registro de preços estaduais.

ARMAZENAMENTO

Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos para assegurar as condições adequadas de recebimento, armazenamento, conservação e controle de estoque.

DISTRIBUIÇÃO E TRANSPORTE

Consiste no suprimento de medicamentos aos locais de atendimento em quantidade, qualidade e tempo oportuno. A distribuição de medicamentos deve garantir informação, rapidez e segurança na entrega e eficiência no controle.

DESCARTE

A Política Nacional de Resíduos Sólidos (Lei nº 12.305/2010) prevê a “logística reversa”, cabendo às farmácias e drogarias atuar como pontos de coletas de medicamentos vencidos para encaminhá-los ao destino adequado sem risco de contaminação da água, do solo, dos animais e da saúde pública. É

importante que o município organize esse serviço localmente.
(Ebook curso 3 aulas 10)

Uma das atividades que Fernanda trabalhou com a equipe de Aurora foi a Dispensação e a entrega de medicamentos. A farmacêutica argumenta que estas atividades têm sido sensíveis na maioria dos municípios, principalmente pela falta de compreensão das ações envolvidas e das responsabilidades profissionais implicadas, ou pela caracterização do tipo de estabelecimento que se enquadra o serviço de farmácia, em especial em nível ambulatorial, seja como farmácia ou dispensário de medicamentos, acarretando uma série de multas no que tange à obrigatoriedade da presença do profissional farmacêutico.

Fernanda comenta que esta situação vem resultando numa demanda constante dos secretários junto à assessoria do COSEMS e à SES, para orientações e articulações com os órgãos de classe no sentido de mediar as questões corporativas, sanitárias e sistêmicas. Novamente, ela solicitou especial atenção nos esclarecimentos a seguir:

Dispensação e entrega de medicamentos

A dispensação, segundo o Conselho Federal de Farmácia é reconhecido como um serviço que tem como objetivo garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados do medicamento (CFF, 2001e 2016), envolvendo a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, o fornecimento dos produtos prescritos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre o uso adequado e seguro, seus benefícios, conservação e descarte. Em outras palavras, acontece dispensação quando, de forma geral, entrega-se o medicamento e todas as informações que o usuário precisa para utilizar corretamente o produto, avaliando-se ainda a necessidade, efetividade, segurança e conveniência do tratamento.

A farmacêutica ressalta que a dispensação é um ato privativo do farmacêutico que possui a formação adequada para realizar e se responsabilizar por executá-lo. É um serviço que demanda competências em diversas áreas como: farmacologia, farmacologia clínica (farmacoterapia), fisiologia, patologia, bioquímica básica e clínica, hematologia, deontologia legislação, farmacêutica, farmácia clínica e assistência farmacêutica, semiologia, farmacoepidemiologia, saúde baseada em evidências, comunicação interpessoal, dentre tantas outras.

O profissional farmacêutico se situa entre a prescrição e a administração do medicamento, o que lhe garante uma posição de destaque para a promoção do uso racional. Portanto, nesse serviço o usuário deve ser atendido de maneira individualizada e com foco nas suas necessidades relacionadas ao uso adequado do medicamento, compreendendo a adesão e a identificação de situações que requeiram outros cuidados (Angonsi e Reno 2011; correr etal 2011).

Fernanda aponta que é na dispensação uma das oportunidades de iden-

tificar, corrigir ou reduzir possíveis erros associados à farmacoterapia antes que o usuário inicie o uso do medicamento, assim como a possibilidade de identificar a necessidade de referenciá-lo a outros profissionais ou serviços de saúde; além disso, é o momento de complementar esclarecimentos em relação as orientações médicas, informar sobre os cuidados na administração do medicamento e incentivar a adoção de medidas não farmacológicas que facilitem o alcance das metas terapêuticas (Oenning et al, 2011).

De acordo com a Lei n. 13021/2014, farmácias são estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva (Brasil, 2014), o que implica na oferta do cuidado e não apenas no simples fornecimento de medicamento e deve ocorrer tanto em farmácias públicas como naquelas do setor privado.

Enquanto serviço clínico estruturado, a dispensação deve ser realizada de forma sistematizada para a garantia da qualidade no processo de cuidado, não sendo, portanto, uma atividade para se executar sem a devida orientação de quem coordena o cuidado. Contudo, sozinho o farmacêutico não consegue prestar toda a assistência necessária para promover o êxito no uso do medicamento e o nível de informação necessária para orientar e avaliar o tratamento medicamentoso varia de um paciente para outro (Curso 3 ebook aula 18).

Fernanda destaca um outro serviço de grande importância no âmbito da Atenção Básica e no contexto das farmácias e dispensários: a entrega de medicamentos, que é menos complexa e pode ser realizada por profissionais que não possuem curso superior em Farmácia com o objetivo de disponibilizar o medicamento ao paciente, fornecer orientações básicas em relação ao seu uso e verificar se há necessidade de que essa pessoa seja avaliada ou orientada pelo farmacêutico (Curso 3 ebook aula 18).

O apoio técnico envolvido no serviço deve estar sob supervisão de farmacêutico (ou da equipe de saúde, no caso de dispensários), que tem a responsabilidade de treinar e capacitar sua equipe visando à qualificação das ações na entrega de medicamentos aos usuários do sistema (Nascimento Jr et al, 2016; ANVISA, 2009). Semelhante à dispensação, na entrega de medicamentos se deve assegurar que o medicamento seja fornecido ao usuário certo, na dose prescrita, na quantidade adequada e com as informações suficientes para o uso correto (Nascimento Jr et al 2016).

Outro serviço abordado na oficina foi o descarte correto de medicamentos vencidos ou sem uso. Devido aos grandes riscos à saúde humana e ao meio ambiente, o descarte de medicamentos deve ser feito em pontos de coleta específicos, para serem posteriormente encaminhados à destinação final ambientalmente correta. O município de Aurora resolveu esta exigência atendendo à obrigatoriedade legal dos gestores em incluir no Plano Municipal de Saúde um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde, o PGRSS.

Os resíduos mais comuns gerados pelas farmácias são relacionados a medicamentos como avarias ou com prazo de validade vencido, assim como resíduos gerados nos atendimentos clínicos pelo farmacêutico, verificação de glicemia capilar e testes rápidos. As farmácias também devem receber

dos usuários devolução de medicamentos vencidos ou que não estão mais em uso, a fim de realizar o descarte adequado, colaborando com a preservação da saúde pública e do meio ambiente (Curso 3 ebook aula 13).

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

De acordo com a legislação vigente, os estabelecimentos de saúde são responsáveis por elaborar, implantar e monitorar o PGRSS, o qual deve contemplar os resíduos gerados, em consonância com os princípios de biossegurança, a fim de prevenir acidentes e riscos à saúde das pessoas e ao meio ambiente. Caso a farmácia fique localizada em uma unidade de saúde, os dados referentes aos resíduos gerados por ela deverão constar do PGRSS geral do estabelecimento (Curso 3 ebook aula 13) .



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

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

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

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

Serviços Farmacêuticos nos municípios: Atividades técnico-assistenciais

Por fim, Fernanda ressalta que mesmo identificando um conjunto de avanços significativos no serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, por exemplo, a ampliação do acesso a medicamentos, a melhor estruturação de serviços farmacêuticos nos municípios e presença de sistemas informatizados e reconhece-se que ainda persistem barreiras e desafios a serem enfrentados. Entre eles nível de integração baixo entre os diferentes serviços farmacêuticos e destes com os demais serviços de saúde da rede e a incipiência dos serviços farmacêuticos técnico assistenciais.

A farmacêutica apresenta aos profissionais os serviços farmacêuticos técnico-assistenciais, como aqueles protagonizados pelo farmacêutico e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade, dirigidas a indivíduos, famílias, comunidade e equipe de saúde.

Ela contextualiza que a assistência farmacêutica tem passado por mudanças na sua forma de atuação e contribuição no contexto de saúde a partir das transformações do sistema de saúde ao longo das últimas décadas, expandindo as atribuições dos profissionais que atuam nessa área, que passaram a prover práticas clínicas de corresponsabilização com o cuidado e integração com a equipe, com o propósito de atingir resultados que me-

lhorem a qualidade de vida dos pacientes nos diversos níveis de atenção (Curso 4 ebook aula 05).

O medicamento é um insumo terapêutico essencial na saúde das pessoas e quando utilizado de forma racional, representa um dos recursos de maior custo-efetividade, entretanto, quando utilizado de forma inadequada, vem a ser um grande problema de saúde pública, resultando em crescente morbimortalidade relacionada a medicamentos (Curso 4 ebook aula 05).

A partir desse entendimento, Karla defende que a utilização efetiva e segura de medicamentos necessita estar no foco da atuação dos profissionais de saúde, de forma a propiciar melhores resultados advindos com a utilização da farmacoterapia e evitar as graves consequências relacionadas ao uso inadequado de medicamentos.

Diante disso, se faz necessário ressignificar o papel do profissional farmacêutico na atuação do cuidado com as pessoas, exigindo uma interação direta do farmacêutico com o usuário e a equipe de saúde, com o objetivo de alcançar resultados terapêuticos positivos.

Cuidado Farmacêutico "um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação, incluindo não só a dimensão clínico-assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde."

Ao concluir a sua participação na oficina, Fernanda recomenda os materiais dos cursos: *Gestão do Cuidado Farmacêutico* que tem como objetivo instrumentalizar gestores e profissionais de saúde na gestão do Cuidado Farmacêutico dos municípios e na implantação/ desenvolvimento de serviços clínicos realizados por farmacêuticos na Atenção Básica/Atenção Primária voltado a gestores e profissionais de saúde e o curso *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico*, voltado aos profissionais farmacêuticos com o objetivo como objetivo fornecer fundamentos teóricos e práticos para que os profissionais farmacêuticos na Atenção Básica/Atenção Primária em Saúde possam desenvolver o raciocínio clínico e atuar sobre problemas relacionados à farmacoterapia.

Por fim, Fernanda reforça a importância do engajamento dos secretários de Aurora quanto dos coordenadores da Atenção Básica e Vigilância em Saúde e incentiva Karla e os demais farmacêuticos a refletirem sobre esse movimento de ressignificação do papel do farmacêutico no cuidado as pessoas.

A qualificação da AF e a universalização do QUALIFAR-SUS

Karla continua a oficina trazendo outros elementos da Política de Assistência Farmacêutica no país. Inicia apresentando aos colegas O Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), instituído por meio da Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012, tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica às ações e aos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada à população brasileira.

Dividido em quatro eixos, o QUALIFAR-SUS preconiza ações de estruturação física dos serviços farmacêuticos (Eixo Estrutura), a promoção da educação permanente e da capacitação dos profissionais na lógica das RAS (Eixo Educação), a disponibilização de informações sobre as ações e os serviços da Assistência Farmacêutica praticada no âmbito do SUS (Eixo Informação) e a elaboração de propostas de inserção da Assistência Farmacêutica (Eixo Cuidado) nas práticas clínicas (<https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/Qualifar-SUS>).

O êxito deste programa e as mudanças de realidades no cenário da Assistência Farmacêutica nos municípios já contemplados têm despertado o interesse de todos os municípios do Brasil ainda não contemplados, o que nos remete aos gestores municipais e suas representações à luta pela universalização deste programa, partindo da premissa de que todos os municípios e todos os cidadãos brasileiros necessitam de uma Política de Assistência Farmacêutica qualificada.

Após a apresentação do Programa Qualifar-SUS, Karla organiza os produtos da oficina com sua equipe e elabora o plano de ação para apresentar ao secretário João Pedro. Na reunião com João Pedro, a farmacêutica apresenta todas as propostas relacionadas a gestão da assistência farmacêutica, as atividades técnico-gerenciais e técnico-assistenciais relacionadas aos serviços farmacêuticos prestados no município.

O secretário parabeniza o trabalho realizado pela equipe e destaca há necessidade de incluir ações da AF relacionadas no enfrentamento da covid-19 e aproveita para compartilhar a experiência desenvolvida no município de Freire. Chama atenção que de que esse plano tem de guardar coerência o as diretrizes do PMS, e ter o papel de representar o planejamento de atividades da area relacionada as prioridades, objetivos, metas do PMS.

Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e o enfrentamento da covid-19

João Pedro, em reunião com Karla, detalha a experiência no município de Freire quanto as ações da Assistência Farmacêutica no enfrentamento da covid-19. O secretário compartilha que em virtude da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) relacionada ao novo Coronavírus (SARS-CoV-2), tem sido necessária a reorganização de processos de trabalho e do atendimento aos usuários em farmácias e dispensários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Várias normativas, diretrizes e orientações estão sendo publicadas, a fim de apoiar as ações e serviços de saúde frente a esse cenário, inclusive no âmbito da Assistência Farmacêutica.

Em meio ao número crescente de informações, o secretário buscou junto ao Cosems e Conasems, materiais disponibilizados para os gestores e profissionais da AF dos municípios. Foi orientado a acessar o site do Conasems (<https://www.conasems.org.br/covid-19/>) e a plataforma de apoio à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (AB/APS) no enfrentamento ao Coronavírus (covid-19) desenvolvida no âmbito do Proadi-SUS pelo HAOC em parceria com Conasems e MS sendo que ambas disponibilizam informações confiáveis e com respaldo científico.

João Pedro orienta Karla a acessar os sites e utilizar os materiais e divulgar amplamente a todos envolvidos na área da AF. Ainda destaca algumas das ações efetivas utilizadas no seu município anterior:

ORGANIZAÇÃO DA FARMÁCIA/DISPENSÁRIO DE MEDICAMENTOS

- *evitar aglomerações e providenciar barreiras físicas definindo a distância entre funcionários e usuários, como também entre os próprios usuários na fila;*
- *definir de distância mínima visa diminuir a possibilidade de contaminação dos usuários e dos profissionais de saúde.*
- *desenvolver estratégias para diminuir o tempo que o usuário permanece na fila da farmácia/dispensário,*
- *quando possível, e se as condições climáticas permitirem, disponibilizar lugar externo para área de espera, desenvolvendo estratégias para controlar o fluxo da entrada de pacientes nas unidades;*
- *sinalizar no piso essa distância, com fita, giz, cones e outros materiais que possam ser usados para sinalização.*
- *orientar a equipe de higienização para que realize a limpeza e a desinfecção do ambiente com base em Procedimento apresentado pela SMS;*

- disponibilizar recipiente para que sejam colocadas as prescrições dos pacientes e para a retirada dos medicamentos, evitando-se contato entre as mãos

ORGANIZAÇÃO DA DISPENSAÇÃO E ENTREGA DE MEDICAMENTOS

- Priorizar o atendimento de pacientes de grupo de risco como os idosos; com sintomas respiratórios; Pacientes transplantados; pessoas com doenças autoimunes como Artrite Reumatoide, Psoríase, Esclerose Múltipla e Doença de Crohn, dentre outras; Gestantes.
- Orientar os pacientes do grupo de risco, para que nomeiem um representante para o recebimento do medicamento, evitando assim, a exposição.
- Limpar e desinfetar os objetos ou superfícies comuns ao atendimento, por exemplo, balcão da farmácia, materiais de informática, canetas e outros. Sugere-se a desinfecção com álcool 70% ou hipoclorito de sódio 1%.
- Em caso de recebimento de medicamentos dos usuários para inutilização e descarte, deve-se evitar seu manuseio e realizar o descarte conforme Decreto nº 7.404, de 23 de dezembro de 2010.
- Evitar a realização de atividades em grupo, priorizando os atendimentos individuais.
- Ampliação do prazo de validade das prescrições de medicamentos de uso contínuo, somada às medidas anteriores ou não, com o objetivo de diminuir o fluxo de usuários na farmácia e na rede de atenção à saúde.
- Dispensar medicamentos de uso contínuo em quantidades suficientes para períodos superiores a 30 dias, dependendo da disponibilidade de estoque e logística, para diminuir o número de retornos dos usuários às farmácias no período da epidemia;
- Avaliar estoque para determinar quais medicamentos e em qual quantidade poderão ser dispensados em caráter antecipado, de modo a garantir o atendimento de todos os pacientes.

A Incorporação de tecnologias no SUS

Após a oficina, alguns assuntos identificados pela equipe de Aurora, ainda necessitavam de ser trabalhados e contemplados no plano de ação que a coordenadora Karla está organizando. A equipe destacou no produto da oficina um conjunto de situações problemas relacionados ao acesso e utilização de medicamentos e produtos de interesse para a saúde.

Karla buscou novamente o apoio de Fernanda, e em conversa ambas buscaram analisar em loco as situações identificadas, e perceberam que muitos usuários apresentavam a prescrição originadas por estabelecimentos de saúde de outros municípios da região de Vale feliz, com medicamentos que não são ofertados no seu município de origem, mas eram padronizados em Aurora e Vila SUS.

Da mesma forma, identificaram que alguns dos seus municípes estavam requerendo medicamentos ofertados nos municípios vizinhos e que não constavam nas suas REMUME, o que levou as farmacêuticas informar aos seus respectivos secretários. João Pedro e Olga ao saberem desta situação perceberam que parte dessas requisições recebidas por ambas SMS eram consequência dessa desarticulação entre os municípios, e resultaram em ações judiciais.

Diante deste cenário, surgiram alguns questionamentos importantes:

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

Com base nas recomendações e normativas, Karla e Fernanda conversaram com os gestores João Pedro e Olga, para a adoção pela região de Vale Feliz de uma Relação Regional de Medicamentos Essenciais (REREME), e assim o conjunto dos municípios das demais regiões, poderiam inovar na elaboração de suas REREME.

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

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

Vendo a necessidade de apoiar os gestores da região, Vitória organizou uma reunião para tratar sobre a elaboração do elenco de medicamentos e

sobre a incorporação de novas tecnologias em saúde.

A apoiadora, apresentou como utilizar a RENAME como instrumento norteador da racionalidade terapêutica. Explicou que a edição atual está dividida em quatro seções: A, B, C e D. De forma geral, ao longo do documento, os itens são apresentados com sua denominação genérica, concentração e/ou composição, forma farmacêutica e/ou descrição.

Cabe destacar que a RENAME é elaborada atendendo aos princípios fundamentais do SUS, isto é, a universalidade, a equidade e a integralidade, configurando-se como a relação dos medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas e indicados para os tratamentos das doenças e agravos que acometem a população brasileira. Seus fundamentos estão estabelecidos em atos normativos pactuados entre as três esferas de gestão do SUS.

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

Vitória apresentou ainda, a relação entre uma possível REREME e o que deve anteceder a essa definição : a organização da RAS, incluindo os processos de cuidado, protocolos, fluxos, instrumentos e meios para guardar coerência com seus objetivos. Após as explicações de Vitória, os gestores municipais de saúde das duas regiões, demandaram outras informações:

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

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

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

A ATUALIZAÇÃO DO ELENCO DA RENAME PROPOSTA PELA CONITEC COMPREENDE:

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

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

A apoiadora reforçou que é fundamental que os gestores municipais se identifiquem como protagonistas no processo de incorporação/inclusão, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde, sendo integrantes do plenário da CONITEC. Para isso, é essencial compreender como se dá a participação dos municípios nesses processos.

Na perspectiva dos gestores do SUS o principal objetivo do processo como um todo é escolher bem (a melhor tecnologia) em uma enorme variedade opções terapêuticas, e otimizar os recursos disponíveis.

A premissa básica que tem de ser compreendida é: nem tudo o que é novo é bom e/ou melhor do que já está em uso, também nem sempre o produto (tecnologias em saúde) mais caro é melhor ou tem qualidade superior. Saber escolher e distinguir as novidades (tecnologias que prometem inovação) exige um trabalho complexo com análise de evidências, e implica na sustentabilidade do sistema. Vitória enfatiza que “toda inovação traz consigo incertezas, e não se conhecem todo o leque de eventos adversos e/ou efeitos colaterais, além dos potenciais benefícios que prometem”.

Uma das polêmicas no dia a dia da gestão do SUS é que teoricamente tudo está coberto e todas as pessoas têm direito a tudo, no entanto, tem de se apurar e minimizar os riscos, sem prejuízo das ações consolidadas, uma incorporação mal planejada pode consumir recursos e impactar nos tratamentos e procedimentos já consolidados na prática clínica.

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

Vitória relembra, que os entes podem constituir suas listas complementares mediante a uma condição de saúde pública que justifique a utilização de tecnologias não incorporadas pelo SUS. O cuidado que deve ser observado é que qualquer um pode incluir e utilizar tecnologias por si, ao definir suas listas complementares, os entes (estado ou município) deverão dispor de recursos próprios para provimento, e deverão se basear nas melhores evidências, pela segurança eficácia e custo.

Outra preocupação a ser observada é quando um município incluir uma tecnologia (medicamento, produto) pode desequilibrar e gerar demanda para os outros municípios que não o fizeram. Por isso é recomendável que as demandas sejam submetidas a avaliação pela CONITEC, seja algo que estão pensando em incorporar, ou que já tenha sido incorporado no passado, e assim avaliar, saber se vale a pena incluir ou retirar dos seus elencos complementares, possibilitando inclusive, minimizar as ações judiciais.

Portanto os municípios que identificarem a necessidade de inclusão de uma nova tecnologia no SUS, de ampliação do uso de uma tecnologia já incorporada ou de exclusão de alguma tecnologia ofertada pelo sistema podem solicitar apoio ao COSEMS que encaminhará a demanda para a CONITEC via sua representação no plenário pelo CONASEMS. Embora não afete os processos judiciais, os municípios que são acionados judicialmente para disponibilizar tecnologias não ofertadas pelo SUS podem solicitar a avaliação dessa tecnologia pela Comissão.

PARA SABER MAIS:

Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 217p

Organização Panamericana de Saúde: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: <http://conitec.gov.br/>

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS

Decreto nº 7508/2011 -Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Para saber mais: <http://assistenciafarmaceuticarmr.galoa.com.br/>

<https://antigo.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica>

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

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

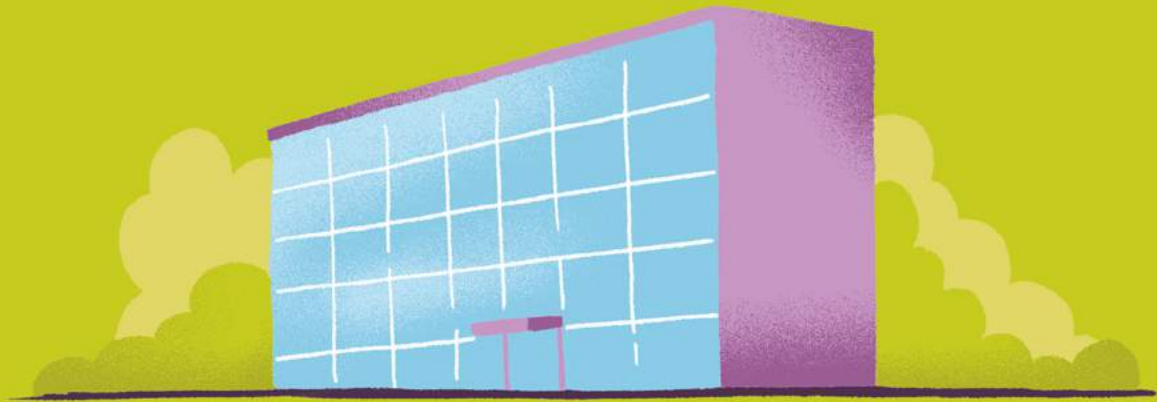
CAPÍTULO

07

GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SUS

"**A** pandemia é um portal". Nas palavras do acadêmico Arundhati Roy, a pandemia covid-19 abriu um portal, para repensar tudo: a forma como viver, trabalhar, produzir conhecimento científico, prestar cuidados de saúde e relacionar se com outras pessoas...".

Os Secretários Municipais de saúde encontram-se em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) na qual foram debatidas questões relativas a continuidade de ações iniciadas no ano anterior. Todos reconheceram que muitas soluções inovadoras foram implantadas durante a pandemia do covid-19. Algumas foram selecionadas e premiadas na "Mostra Virtual Brasil, aqui tem SUS", promovida pelo CONASEMS. Outras, igualmente relevantes como a plataforma de co-



municação ZOOM e acordos com Universidades e coletivos de empresas foram disponibilizadas. A inovação, atualmente denominada como “saúde digital” é bem vinda e todos consideram a sua integração permanente, porém tal propósito requer investimento, esforço e atenção. Considerando a chegada de novos gestores, por vezes iniciantes na gestão municipal do SUS, o acesso às inovações no campo da informação precisa ser orientado. A suspensão da transferência de recursos financeiros, em decorrência de problemas com o envio de dados ao Ministério da Saúde, também foi identificada como tema relevante para a agenda dos gestores.

Saúde Digital: uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis, sobre o estado de saúde do cidadão ou de uma população, no momento oportuno.

No âmbito do SUS, a saúde digital já foi designada como e-Saúde e seus produtos foram apresentados em plataformas designadas por “Meu eSUS” ou DigiSUS, atualmente nominada “ConecteSUS”.

A **Organização Mundial da Saúde (OMS)** avalia que a ampliação do uso de soluções digitais pode revolucionar e acelerar a forma como as pessoas em todo o mundo alcançam padrões mais elevados de saúde, por ampliar o acesso a serviços de promoção e proteção à saúde e bem-estar.

Os gestores reconheceram que a inovação da saúde digital potencializa ações para ampliação do acesso, devendo ser foco de atenção na gestão que se inicia, mas a suspensão de recursos agrava as dificuldades financeiras, impacta na eficácia do SUS, podendo comprometer a segurança do paciente. Olga ponderou que a não alimentação das bases de dados nacionais determina a suspensão da transferência de recursos, por parte do Ministério da Saúde, e, afeta a execução das ações planejadas para o território. E ainda, que a incorporação da saúde digital, com as experiências exitosas durante a pandemia do covid-19, deve potencializar a organização da Rede de Atenção à Saúde e a vigilância à saúde no território da gestão municipal. E nesse cenário, os gestores, presentes na reunião da CIR, elencam a **Gestão da Informação** como prioridade de ação contínua na gestão que se inicia.

A seguir, Olga relembra a situação vivenciada no início de sua gestão anterior quando iniciou a implementação da **Gestão da Informação**. Embora bem sucedida, reconhece que deve ser revista, face às recentes inovações que se mostram disruptivas no processo de Atenção à Saúde. Para tanto, Olga recomenda explorar melhor as possibilidades atuais, conhecer a regulação existente, debater com a equipe e definir estratégias seguidas de monitoramento da execução.

- **Gestão da Informação** é um processo de trabalho com vistas a obter dados e informações confiáveis, a tempo de cumprir as obrigações estabelecidas e melhorar a tomada de decisão. Esse processo aborda atividades relacionadas ao ciclo de vida da informação.

- *Dado é um conteúdo isolado, com conceito vinculado à finalidade, constituído por um código numérico, símbolo ou termo.*
- *Informação é o valor atribuído ao dado em determinado contexto. O valor pode ser atribuído via processamento de dados e o contexto pode contemplar conhecimento gerado anteriormente.*
- *Ciclo de vida da informação pode ser representado pelas fases de coleta, tratamento e uso.*

Na mesma reunião da CIR, Olga alertou os gestores sobre a necessidade de fomentarem, junto às equipes das SMS, a completude dos cadastros do território e a capacitação dos profissionais quanto à coleta e qualidade dos dados. O ritmo de inovação tecnológica dos dias atuais, permite uma ininterrupta coleta de dados, gerando conglomerados de bases de dados e agilizando a geração e acesso a novos conhecimentos. Neste momento, José Carlos, Secretário Municipal de Freire, pergunta se a Telessaúde pode ser considerada uma **inovação disruptiva** e declara que gostaria de saber mais sobre o contexto atual da vigilância à saúde.

- *Inovação disruptiva é o fenômeno pelo qual uma inovação transforma um setor existente ao introduzir simplicidade, conveniência e acessibilidade, substituindo totalmente o anterior e tornando produtos disponíveis a uma população muito maior.*

Telessaúde é uma modalidade de uso das tecnologias de informação, em especial de recursos interativos, para atividades de saúde à distância. Tal recurso permite implantar serviços até então inexistentes, aumentar o acesso, reorganizar a atenção à saúde e reduzir custos, desde que amparado por requisitos de segurança da informação e de normatização específica. No Brasil, a telessaúde ganhou espaço durante a pandemia. Em cenários, cada vez mais informatizados e conectados, o cidadão, o profissional de saúde e o gestor se deparam com constantes revisões dos processos de interação, do registro eletrônico no atendimento presencial e na telessaúde.

O gestor municipal conta com o **Programa Telessaúde**, através dos Núcleos do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, oferece recursos aos profissionais para melhorar a qualidade da atenção básica no SUS.

José Carlos, secretário do município de Freire, ao fim da reunião da CIR, declarou que em breve teria reunião específica com Vitória, Apoiadora do COSEMS presente na reunião. Buscaria maiores esclarecimentos, e convidaria dois profissionais de sua equipe para participar da conversa com a Vitória, a fim de ajuda-lo posteriormente a expor os conhecimentos adquiridos para a sua equipe e definir estratégias para viabilizar a Gestão da Informação.

NÚCLEOS DO PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES



Vitória, ao se reunir com José Carlos, esclarece que as informações de saúde do município, em grande parte, originam-se no contato assistencial. E, nesse sentido, recomenda uma conversa com os técnicos do município de Vila SUS: a coordenadora da Atenção Básica (Valéria), com o Eduardo, que responde pela coordenação da Vigilância em Saúde, Fernanda, que responde pela Assistência Farmacêutica, e com Simone, Diretora do Hospital Municipal, visando a conhecer o processo de registros de atendimentos nessas áreas e avaliar a pertinência de incorporar as experiências implantadas durante a pandemia do covid-19.

A Vitória aproveita o interesse de José Carlos pelo tema, e presença de dois profissionais de saúde, uma enfermeira e um técnico de informática, para discutir sobre a necessidade do correto registro dos dados e uso do prontuário eletrônico. Por fim, orientou que procurassem a Valéria para conhecerem um pouco mais sobre o assunto.

No decorrer da semana José Carlos conseguiu marcar uma conversa com Valéria, conforme recomendação da Vitória. Juntamente com um profissional de saúde e o técnico de informática, buscou com a Valéria subsídios para orientar todos os profissionais de saúde sobre o tema.

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

Valéria de pronto destacou que o registro dos dados das ações de atenção básica deverá ser realizado no **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC)**, modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica no fluxo de atendimento do usuário. Orienta o uso do sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde, como melhor cenário para implantar o PEC, embora seja possível com sistema próprio ou adquirido no mercado. Valéria destacou, também, que além de qualificar a informação para o cuidado do indivíduo, o registro das ações no PEC subsidia o envio ao Ministério da Saúde das informações ambulatoriais, frisando que com a utilização do PEC, um conjunto mínimo os dados (CMD) são enviados automaticamente para a base nacional e acessados para continuidade do atendimento em qualquer outra unidade de saúde, via Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

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

Valéria, que há muito vem acompanhando o movimento de implantação do PEC no país, apontou que o gestor ao desenvolver ou comprar no mercado um sistema de prontuário eletrônico deve garantir que o mesmo permita a interoperabilidade com base nacional. Ou seja, o sistema deve gerar a base de dados a ser enviada ao Ministério da Saúde, e assim garantir ao gestor a capacidade de atender as regras vinculadas à transferência de incentivos financeiros e continuidade do atendimento ao paciente.

Neste caso, orienta atenção do gestor aos **padrões e características** dos sistemas adquiridos ou desenvolvidos por equipe própria. De toda forma, ressalta ser de responsabilidade do gestor os prazos e a qualidade dos dados enviados ao Ministério da Saúde, não sendo boa prática transferir essa responsabilidade aos desenvolvedores do sistema de informação. Também alertou que o não envio dos dados à base nacional é motivo para suspensão da transferência de incentivos financeiros.

Padrões e características dos sistemas de informação a serem observados pelo Gestor

- **Conteúdo e estrutura** – o conjunto de dados a serem coletados e sobretudo, as regras de processamento compatíveis com as ações de saúde pactuadas e compões o modelo de informação do sistema de informação.

- **Terminologia** – o conjunto de termos que identificam as características do evento, e essencial para a interoperabilidade entre sistemas de informação.
- **Segurança e Privacidade** – conjunto de requisitos para assegurar a proteção dos dados, em acordo à legislação vigente no país.
- **Comunicação** – que estabelece os meios e os métodos de comunicação a fim de garantir a transmissão dos dados para diferentes sistemas (interoperabilidade do sistema) e o cumprimento das obrigações de envio dos dados ao Ministério da Saúde.
- **Disseminação dos dados** – conjunto de rotinas visando acesso aos dados coletados e produtos que subsidiam as atividades de continuidade do cuidado e de gestão do SUS.

No decorrer da conversa, José Carlos comenta que escutou de colegas que as informações de saúde do cidadão atendido no SUS e fora do SUS, por plano de saúde suplementar ou por financiamento particular, estarem disponíveis aos profissionais de saúde em qualquer ponto de atenção do território nacional. Pontua que não entende como isso seria possível. Valéria esclarece que este processo é possível, com estrutura adequada para conectividade entre os serviços de saúde, como computadores, impressoras e outros dispositivos, padrões de comunicação e adoção de um conjunto mínimo de dados em modelos de informações que garantam a interoperabilidade. Esse conjunto de componentes viabiliza a implementação do **Registro Eletrônico de Saúde (RES)**, acessado em todo o território nacional, via RNDS.

- **Registro Eletrônico de Saúde (RES)**. Repositório de informações processáveis sobre o cuidado em saúde do indivíduo, armazenadas e transmitidas de forma segura e acessível por múltiplos usuários autorizados.
- **Interoperabilidade** - capacidade de transferir e utilizar informações de maneira uniforme e eficiente entre vários sistemas de informação.

Na sequência da conversa com Valéria, e considerando o entendimento que o PEC deve ser o ponto central de registros de todas as ações da atenção básica, o secretário José Carlos agendou reunião com Eduardo e Fernanda para tratar dos dados de Vigilância em Saúde e Assistência Farmacêutica, respectivamente. Eduardo contextualizou que a Vigilância em Saúde ocorre a partir da Atenção Básica, embora conte com sistemas distintos para o registro de eventos específicos dentre os quais: nascidos

vivos e óbitos, além dos casos de notificação compulsória. Eduardo finalizou relatando a José Carlos que o conjunto de sistemas de informação são as fontes para conhecer a movimentação do perfil etário da população e traçar o perfil epidemiológico do território, em fomento às ações de vigilância à saúde.

O conjunto de sistemas de informação do SUS e suas instruções operacionais são disponibilizados no site do Ministério da Saúde, e orientações complementares podem ser obtidas em “Orientações Técnicas” disponibilizadas em **www.conasems.org.br**

Já Fernanda, por sua vez, destacou a necessidade de qualificar os dados da assistência farmacêutica, dispensação e estoque de medicamentos, que alimentam a Base Nacional de Dados da Assistência Farmacêutica (BNAFAR). Destacou que os dados da BNAFAR são analisados no programa QUALIFAR, sendo que o não envio desses dados é um dos motivos de suspensão da transferência de recursos para município, comentada na reunião da CIR. Fernanda pondera a José Carlos que mesmo com o seu município não fazendo parte do programa QUALIFAR é obrigatório realizar o envio das informações à BNAFAR e assim, qualificar suas informações para o planejamento da assistência farmacêutica (ver capítulo 6 – Gestão da Assistência Farmacêutica no município).

Ambos os profissionais concordaram que com a inovação tecnológica em curso, parte dos diversos sistemas em operação, devem migrar para o PEC e reconhecem esse movimento com os registros do Programa Nacional de Imunização (PNI). Atualmente, o PEC contempla os registros das imunizações do calendário nacional. Porém, destacaram que as especificidades que não tratam do atendimento individual não serão tratadas no PEC. De pronto, identificação todos os registros referentes ao controle logístico, compra e distribuição, de imunização e de medicamentos, dentre outros.

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

À medida que refletia sobre as possibilidades, José Carlos avaliava estar à frente de um desafio maior, considerando que, as demandas e atendimentos no SUS envolvem serviços de saúde de diferentes complexidades e, por vezes, fora do município. Com essas questões em mente, considerou fundamental avaliar como os registros dos atendimentos hospitalares se integram à RNDS. Também fez uma reflexão importante sobre o modelo de produção das informações. O modelo que determina a estrutura, o modo de funcionamento, regras de negócio para a finalidade de controle e o modelo da coordenação do cuidado em saúde pela AB.

Já Simone esclareceu que o hospital envia os dados ao Ministério da Saúde, pelos sistemas regulares de informação ambulatorial e hospitalar. Porém, não atende todos os pacientes do município de Freire. Assim sendo,

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

José Carlos, então acompanhado pelo responsável pela regulação da atenção à saúde na SMS de Freire, em conversa com Jorge, obteve informações sobre o registros da assistência hospitalar e que mesmos os hospitais que possuem sistemas próprios enviam os dados no mesmo formato para o Ministério da Saúde, tornando possível identificar a procedência do paciente. Neste contexto, destacou a importância do **Cadastro Nacional do Cidadão (CNS)** e do **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES)**, por serem as fontes estruturantes dos sistemas de informação do SUS. As identificações dos usuários e do estabelecimento de saúde, juntamente com os registros da Atenção à Saúde são insumos essenciais à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os dados enviados pelos gestores ao Ministério da Saúde alimentam a RNDS, organizada em bases estaduais e disponibilizados ao cidadão, profissionais e gestores, via Conecte SUS. Jorge ainda reitera que a Secretaria de Estado da Saúde também deve organizar-se e integrar-se a gestão da informação do conjunto de municípios da região de saúde para qualificar seu âmbito de gestão do SUS.

Com as informações passadas pelo coordenador regional da SES, José Carlos compreendeu melhor a importância da gestão da informação como estratégia para qualificar a sua ação como gestor municipal do SUS.

Mas compreendendo que coletar corretamente e preencher todos requisitos dos atuais SIS não vai proporcionar ter as informações para o cuidado, José Carlos, reconhecendo ser necessário saber mais sobre os sistemas de informação operados no SUS e de dados externos ao SUS, mas de interesse para a gestão da atenção à saúde do território, volta a conversar com apoiadora Vitória, que esclareceu as seguintes questões:

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

A conversa com Vitória sobre o CMD e a RNDS chamou atenção de José Carlos para a possibilidade de acesso às informações da saúde suplementar. O acesso aos dados de assistência não SUS é possível pela definição do conjunto mínimo de dados num modelo de informação comum em prontuário do paciente. A ressalva, fica por conta da obrigatoriedade de registros de dados individualizados, sendo o indivíduo identificado pelo Cartão Nacional de Saúde (CNS) e o estabelecimento de saúde integrante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). José Carlos reconheceu que os dados do procedimento realizado é diferente do SUS, por conta da diferença no modelo de remuneração dos profissionais e serviços. Porém, saber que o cidadão de seu território teve o atendimento fora do SUS, ambulatorial ou hospitalar, possibilita ao profissional de saúde qualificar a continuidade do cuidado. Considerando esse contexto, José Carlos identificou que o assunto também é objeto da Gestão da Informação, já que não basta ter o CMD e a

RNDS implantados, se o município não garantir que todos os cidadãos e estabelecimentos de saúde sejam identificados no atendimento em saúde, não terá como obter dados de assistência com financiamento não SUS e perderá a oportunidade de qualificar o cuidado que o cidadão recebe nas unidades de saúde vinculadas ao SUS.

- *CNS e CNES são mandatórios para o Gestor municipal do SUS obter dados dos cidadãos de seu território, atendidos por planos privados de assistência à saúde.*

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

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

Há previsão legal para os atendimentos realizados no SUS serem ressarcidos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, de acordo com normas a serem definidas pela ANS. Porém, o ressarcimento é restrito aos procedimentos previstos nos respectivos contratos, prestados ao titular e respectivos dependentes.

O **ressarcimento de atendimento ao beneficiário de plano privado de assistência à saúde realizado no SUS** é um procedimento administrativo, de competência da ANS. A rotina utiliza base de dados fornecida pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS). A checagem para identificar o beneficiário do plano de saúde atendido no SUS considera a assistência contratada e o procedimento realizado. A ANS notifica a operadora do plano de saúde por um Aviso de Beneficiário Identificado (ABI) para que efetuem o pagamento ou apresentem defesa para o não pagamento. Finalizado o processo administrativo, com confirmação do atendimento no SUS, são emitidas as Guias de Recolhimento da União (GRU). Em casos de não pagamento a ANS inscreve a operadora em dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não quitados do Setor Público federal (CADIN), sendo as mesmas sujeitas à cobrança judicial. Os valores arrecadados pela ANS são encaminhados ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) do Ministério da Saúde.

MACRO PROCESSO DO RESSARCIMENTO AO SUS



Outros dados e informações importantes para a gestão municipal do SUS

Ao pesquisar o site do Ministério da Saúde percebe que não só as informações de interesse da gestão municipal do SUS são publicadas pelas diversas estruturas do Ministério, em diferentes tipos de painéis e formas de consultas, como ainda, em diferentes redes sociais. Nessa pesquisa, José Carlos toma conhecimento do documento Estratégia de e-Saúde, estabelecido pela CIT, que orienta a Saúde Digital no país. A princípio, considera ser necessário desenvolver certa expertise para encontrar a informação oportuna.

O conjunto de esclarecimentos recebidos reforça em José Carlos que a gestão da informação é inerente à Gestão do SUS e procura sua equipe na SMS para conversar sobre os esclarecimentos recebidos. De antemão, expressa que a gestão da informação na atenção à saúde, trata a inovação via saúde digital e a qualidade dos dados do município. Em reuniões regulares, o secretário repassa as informações obtidas anteriormente, A seguir orienta a equipe a elaborar um roteiro com as questões estruturantes e respectivos conceitos ou referências a fim de implantar a Gestão da Informação no município de Freire. José Carlos se compromete a apresentar esse roteiro na CIR a fim de angariar integração com seus pares, e buscar o apoio necessário junto à SES e ao COSEMS.

No transcorrer da elaboração da proposta de implantação da Gestão da Informação no município, os assessores da Secretária Municipal de Saúde de Freire convidam profissionais de unidades de saúde que atuam em rotinas de coleta de dados ou usuário da informação a se juntarem ao grupo, am-

pliando a probabilidade de sucesso do projeto. Inicialmente a equipe busca material sobre o tema e seleciona dois vídeos, de acesso público, que inicia o profissional em questões iniciais e estruturantes da Gestão da Informação:

- *Gestão da Informação – Aula 01 - Introdução à gestão da informação*
- <https://www.youtube.com/watch?v=TYWlcPduEic>
- *Gestão da Informação – Aula 02 - Dados, informação, conhecimento*
<https://www.youtube.com/watch?v=o8XD5yhmlLQ>

Em reuniões sequenciais os profissionais da SMS de Freire foram levantando questões, buscando respostas e debatendo estratégias que versam sobre os seguintes aspectos:

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

A gestão da informação é um processo contínuo que organiza as rotinas de identificação dos dados necessários, coleta, processamento, armazenamento, classificação e compartilhamento de registros. Dentre suas principais características se destaca a orientação por consenso. Os quesitos de conformidade regulatória, adoção de padrões visando à interoperabilidade dos sistemas de informação, a definição de responsabilidade e de métricas de monitoramento também estão presentes nesse processo.

Em síntese, objetiva garantir que os dados, digitais ou físicos, cumpram a finalidade para o qual foram coletados. E mais, possibilitem a interação com outras bases de dados a fim de gerar novos conhecimentos e aprimorar as rotinas de tomadas de decisão dos profissionais de saúde e gestores do SUS.

Como se dá a gestão das informações do SUS, afora a Secretaria Municipal de Saúde?

Em grande parte, as informações do SUS são geridas por áreas do Ministério da Saúde, que, por vezes, contam com grupos de trabalho na formulação e acompanhamento de sistemas específicos. Para assegurar a execução das melhores práticas de gestão, o Ministério da Saúde conta com uma estrutura pactuada na CIT composta por representantes do CONASEMS, CONASS e de áreas do Ministério da Saúde. Destaque para o Grupo de Trabalho de Informação e Informática, que em caráter consultivo analisa para a Câmara Técnica da CIT as propostas de implantação e aprimoramento dos Sistemas de Informação do SUS.

Há ainda o **Comitê Gestor da Estratégia de Saúde Digital**, instituído como a instância responsável por elaborar a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil, e também coordenar as ações de desenvolvimento de aplicações informatizadas; propor os padrões com vistas à interoperabilidade dos sistemas; deliberar sobre revisões nos modelos de informação e monitorar os projetos da área. Essa instância é deliberativa, tem em sua composição representantes da três esferas de gestão do SUS, da ANVISA e da ANS, mas se reporta à CIT em situações específicas.

Como é decidido a implantação de sistemas de informação, oriundo do Ministério da Saúde, na gestão municipal do SUS?

A CIT ao estabelecer diretrizes e ações de atenção à saúde aponta a necessidade de sistema de informação. Portanto, **sistema de informação é implantado em decorrência de pactuação na CIT**, independente de ser desenvolvido pelo Ministério da Saúde, pelo próprio gestor ou por terceiros. Dentre as situações que são deliberadas pela CIT, se tem os aspectos operacionais que viabilizam as informações no SUS. Nesse sentido, a CIT estabeleceu que todos os sistemas de informação ou aplicativos a serem implantados no SUS, ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes, terão seus modelos, regras de negócio e cronograma de implantação apreciados no âmbito da Câmara Técnica da CIT e pactuados na CIT.

A validação e a homologação dos sistemas e aplicativos são realizadas por equipe técnica composta por representantes indicados pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. O CONASEMS busca junto aos COSEMS a indicação de profissionais de SMS, com experiência no sistema em pauta, para compor os grupos de trabalho de aprimoramento e homologação de sistemas.

Como os sistemas de informação de saúde são organizados e estruturados no SUS?

Profissionais que atuam a mais tempo no SUS comentam, a respeito da estruturação dos sistemas de informação existentes no SUS, que os sistema em operação a mais tempo, historicamente, possuem um viés relacionado ao pagamento. Entretanto, outros profissionais pontuam que sistemas mais recentes são desenvolvidos com a visão de integrar os processos de trabalho e as bases de dados existentes.

- *Exemplos de sistemas de informação relacionado a pagamento do SUS: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA e APAC) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH).*
- *Exemplos de sistemas de informação vinculado ao processo de trabalho: Sistema de registros dos dados da Atenção Primária (eSUS-APS) e o Sistema de registro da assistência farmacêutica (Hórus).*

Adicionalmente, alguns profissionais referem que há anos existe discussão acerca dos quantitativos de sistemas em uso nos municípios. Ao longo do tempo, os sistemas foram desenvolvidos com a tecnologia disponível no momento.

No entanto, os profissionais concordam ser premente avançar em registros clínicos e incorporar dados do território: meio ambiente e características socioeconômicas.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DO SUS, COMPONENTE DO SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SNIS)

ATENÇÃO À SAÚDE

Atendimento Individual

Amulatorial básica

Ambulatorial especializada hospitalar

Atendimento Coletivo

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Doenças transmissíveis

Riscos de agravamento à saúde

Saúde ambiental e do trabalhador

Emergência em saúde pública

GESTÃO

Planejamento

Financiamento

Regionalização

Apoio logístico

Regulação

Monitoramento

Avaliação



Como tratar a Lei Geral de Proteção os Dados no âmbito da gestão municipal do SUS?

Tal questão suscita amplo debate entre os profissionais de saúde da SMS de Freire, quando identificam que as **obrigações e responsabilidades sobre o tratamento de dados pessoais estão disciplinadas em Lei**. Embora tenham levantados os pontos norteadores no tema, reconhecem a pertinência de incluir um profissional da área jurídica no debate, já que pela legislação os dados referentes à saúde é considerado dado pessoal sensível .

No contexto de proteção dos dados é importante o consentimento de uso do dado pelo titular, a rastreabilidade dos acessos, e, por vezes, busca-se a segurança das informações em saúde pessoal com o uso de certificado digital. Além do mais, é necessário ao gestor municipal designar o encarregado para atuar como canal de comunicação entre o controlador, os titulares dos dados e a Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD).

- **Certificado Digital.** *Arquivo eletrônico que identifica, com segurança, pessoas (físicas ou jurídicas), fazendo uso de criptografia, tecnologia que assegura o sigilo e a autenticidade de informações.*

Frente a tantas questões impostas pela Lei Geral de Proteção de Dados, a equipe da SMS Freire acorda propor ao secretário José Carlos um amplo projeto de capacitação no tema para todos os profissionais da gestão municipal, independente da implantação da Gestão da Informação.

Como monitorar a qualidade dos dados que subsidiam suas decisões no município?

A reunião em que foi debatido o tema de qualidade dos dados do Município de Freire conta com a participação de profissionais que atuam em unidades de saúde e outros da sede da SMS. Com material levantado pelos técnicos, identificaram que há **dimensões da qualidade dos dados**.

DIMENSÕES DE QUALIDADE DOS DADOS PASSÍVEIS DE MONITORAMENTO REGULAR.

<i>Dimensão</i>	<i>Descrição</i>
Incorporação	<i>Atender as regras de envio dos dados na tecnologia disponibilizada pelo gestor federal, em todos os registros enviados.</i>
Completeness	<i>Atender as regras de envio dos dados de todos os eventos no escopo da obrigação.</i>
Conformidade	<i>Atender as regras de envio dos dados, de todos os eventos no escopo da obrigação e no prazo estabelecido.</i>
Informação	<i>Disseminar as informações que justificaram a coleta dos dados e as outras geradas com a interoperabilidade com o conjunto de dados disponíveis.</i>

Como proposta, o grupo acorda iniciar o monitoramento da qualidade dos dados pelo cumprimento dos prazos e dados enviados ao Ministério da Saúde, a fim de não incorrerem em suspensão de transferência de incentivos financeiros ao município. Porém, reconheceram que deveriam continuar nas reuniões seguintes o debate visando o entendimento das dimensões da qualidade dos dados, para posteriormente aprimorar a Gestão da Informação no município de Freire.

Referência para um roteiro de implantação da Gestão da Informação em Freire.

O roteiro elaborado pela equipe de José Carlos aponta como questões estruturantes da Gestão da Informação:

- Considerar que sistema de informação visa operacionalizar uma Política de Saúde ou da Administração Pública;
- Integrar os sistemas existentes e compartilhar dados já coletados no lugar de criar novas rotinas.
- Conectar a gestão da informação municipal às iniciativas do COSEMS/CONASEMS;
- Monitorar a qualidade dos dados e informações
- Identificar o profissional responsável pela informação da SMS;
- Capacitar profissional na adoção de boas práticas, em especial na Lei Geral de Proteção de Dados;

- Adotar instância de construção coletiva;
- Fomentar o engajamento dos profissionais;
- Acordar com os profissionais um fluxo conectado das rotinas do processo de trabalho e operação dos sistemas de informação necessário;
- Garantir a conformidade regulatória;
- Viabilizar a privacidade dos dados pessoais
- Incluir o tema Gestão da Informação nas atividades relativas ao controle social no município.
- Classificar os registros como regra inicial da organização dos dados;
- Definir regras inequívocas de controle de acesso aos registros sob responsabilidade da gestão municipal do SUS, sejam de dados eletrônicos ou físicos.
- Disponibilizar os dados classificados como públicos;
- Inovar em tecnologia da informação a fim de manter os registros sempre disponíveis;



- *Cuidar da integridade dos dados para que estejam disponíveis quando necessários;*
- *Trabalhar com recursos internos e externos;*
- *Avaliar o uso de serviço externo para atividades específicas (outsourcing, cooperação técnica), garantindo porém, a gestão do conhecimento no âmbito da gestão municipal do SUS.*

Para o debate do roteiro, José Carlos organiza uma oficina de trabalho, para a qual convida os profissionais que participaram da elaboração e os demais com os quais identificou a pertinência de tratar o assunto com sua equipe. Convidados: Olga secretária municipal de Vila SUS, que já implantou a Gestão da Informação, a apoiadora Vitória e os demais técnicos de Vila SUS: Valéria, Fernanda, Eduardo, Simone além de Jorge, da regional da SES. Durante a oficina Vitória informou que o COSEMS tem um representante junto ao CONASEMS para apoiar a SMS na Gestão da Informação e se comprometeu a conversar com a coordenadora do apoio aos gestores sobre as possibilidades de trabalho conjunto.

José Carlos apresenta na CIR a proposta da SMS de Freire para implantação da Gestão de Informação. Soube por colegas que a garantia da qualidade dos dados também é busca constante pela adoção de padrões, acordados na CIT. Todos concordaram que esse aspecto é tratado na adoção de boas práticas.

Padrão ou **norma** é definida como: documento estabelecido por consenso e aprovado por um organismo reconhecido, que fornece, para uso comum e repetitivo, regras, diretrizes ou características para atividades ou seus resultados, visando à obtenção de um grau ótimo de ordenação em um dado contexto, Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A Gestão da Informação no território do município está envolta em questões diversas. Destacam-se tanto a crescente incorporação de tecnologias da informação, altamente dependentes de recursos financeiros, as definições elaboradas na esfera federal de gestão do SUS e o engajamento de todos os envolvidos na geração e uso das informações. Ações em andamento no SUS apontam para a redução da fragmentação dos sistemas, ampliação da interoperabilidade com adoção de serviços que garantem a autonomia de arranjos locais, em conformidade às diretrizes da Saúde Digital para o Brasil.

Porém, não podemos deixar de considerar características individuais e condições de atendimento. Também há impacto positivo na gestão à medida que subsidiam decisões no sentido de otimizar os recursos disponíveis, evitam suspensão no fluxo de financiamento e de gastos desnecessários. Os dados de má qualidade induzem à má gestão de recursos e podem gerar iniquidades. Portanto, deve-se ter especial atenção na qualidade dos dados que subsidiam o planejamento que direciona a gestão SUS.

Ao final, o secretário José Carlos resume a busca pela garantia da qua-

lidade dos dados como um compromisso por assegurar o cumprimento de algo pré acordado ou estabelecido. Destaca que a gestão da informação deve contar com o engajamento dos envolvidos no ciclo da informação. De toda forma, considera ser possível e necessário iniciar um monitoramento da qualidade dos Dados.

Neste cenário, parece incontestável o reconhecimento das possibilidades do gestor municipal em implantar a Gestão da Informação no município, como estratégia para ampliar a segurança do usuário, aprimorar a gestão da Rede de Atenção à Saúde e otimizar os recursos disponíveis.

Orientações Técnicas para a Gestão da Informação, organizadas nos seguintes eixos”

Saúde Digital – contendo referências ao papel da informação na adoção de soluções inovadoras e disruptivas em aprimoramento à Atenção à Saúde e Gestão do SUS. Exemplo: Telessaúde, comunicação via fórum ou Zoom, dentre outras.

Monitoramento – contendo proposta de seleção de indicadores para controle da qualidade dos dados, por dimensão da qualidade e com fichas técnicas dos indicadores sugeridos.

Capacitação – contendo referências de cursos relacionados à Saúde Digital, Gestão da Informação, Sistemas de Informação do SUS e outros afins.

Segurança – contendo referências a requisitos de segurança de dados e informações

Privacidade – contendo referências à Lei 13.709 Lei Geral de Proteção de Dados.

Aprimoramento de Sistemas de Informação SUS – contendo referências dos Grupos de Trabalho que subsidiam a pactuação tripartite de implantação e de aprimoramento dos sistema de informação do SUS.

Operação de Sistemas de Informação do SUS – contendo referências às versões em uso e às orientações técnicas de implantação e operação dos sistemas relacionados à Gestão Municipal do SUS

Disseminação de Informações – contendo referências a conteúdos e aplicações de acesso a informações de interesse da gestão municipal do SUS

Exemplos para “Orientações Técnicas – Gestão da Informação”

INFORMATIZA APS

<http://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps>

O Informatiza APS é o componente do projeto Conecte SUS de apoio à informatização das unidades de saúde e à qualificação dos dados da Atenção Primária à Saúde de todo o país, mediante repasse de custeio. Podem participar do programa as Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP) já informatizadas com envio adequado de dados ao Ministério da Saúde.

CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUANTO À COLETA E QUALIDADE DOS DADOS APS

<https://www.conasems.org.br/curso-qualidade-de-dados-em-registro-de-aps/>

O curso “Qualidade de dados em registro de APS” é uma parceria entre Ministério da Saúde e Universidade Federal de Minas Gerais que pretende capacitar trabalhadores do SUS no aprimoramento das tarefas diárias de registro de dados, com foco nos desafios reais dos trabalhadores e gestores. O curso 1 é voltado para médicos, enfermeiros e odontólogos; já o curso 2 é voltado para os agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem e agentes de endemias.

SAÚDE DIGITAL

<https://saudedigital.saude.gov.br/>

Saúde Digital compreende o uso de recursos de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para produzir e disponibilizar informações confiáveis, sobre o estado de saúde para quem precisa, no momento que precisa.

CONECTE SUS

O Conecte SUS é um programa do Governo Federal com a missão de materializar a Estratégia de Saúde Digital do Brasil, fomentando o apoio à informatização e a troca de informação entre os estabelecimentos de saúde nos diversos pontos da Rede de Atenção à Saúde. Os projetos RNDS e Informatiza APS são parte integrante do Conecte SUS. E a plataforma de saúde disporá serviços para o cidadão, profissionais e gestores de saúde do SUS.

Conecte SUS portal de acesso – <https://conectesus.saude.gov.br/home>

Portal Conecte SUS: constitui-se de uma plataforma única de informação em saúde para atender três perfis: o cidadão, o profissional de saúde e o gestor.

Conecte SUS cidadão é componente do programa Conecte SUS que disponibiliza ao cidadão suas informações de saúde conforme registros de atendimento no SUS e em serviços privados, integradas à base nacional via A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS).

Conecte SUS profissional de saúde é o componente do programa Conecte SUS que viabiliza o acesso dos profissionais de saúde às informações clínicas do cidadão em atendimento pelo profissional de saúde.

Conecte SUS gestor – em desenvolvimento

REDE NACIONAL DE DADOS EM SAÚDE (RNDS)

<https://rnnds.saude.gov.br/>

A Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) é o componente do projeto Conecte SUS responsável pela integração dos dados em saúde (dos registros eletrônicos em saúde). Tem por objetivo promover a troca de informações entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo a transição e continuidade do cuidado nos setores público e privado. A RNDS poderá ser acessada pelo prontuário e-SUS APS (Atenção Primária à Saúde), outros sistemas de prontuários eletrônicos e pelo Portal Conecte SUS.

DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES PERIÓDICAS

Programa Conecte SUS - <https://saudedigital.saude.gov.br/boletins-conecte-sus/>

Atenção Primária à Saúde, notícias e orientações - <http://aps.saude.gov.br/noticia/>

Vigitel, pesquisa anual com dados disponíveis em <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/September/02/vigitel-brasil-2019-vigilancia-fatores-risco.pdf>

UNASUS

<https://www.unasus.gov.br/>

O Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) foi criado em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS).

UNIVESP TV

<https://www.youtube.com/user/univesptv/featured>

UNIVESP TV é uma das ferramentas de tecnologia de informação e comunicação da Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), uma universidade pública do estado de São Paulo.

Gestão da Informação – Aula 01 - Introdução à gestão da informação -

<https://www.youtube.com/watch?v=TYWlcPduElc>

Gestão da Informação – Aula 02 - Dados, informação, conhecimento - <https://www.youtube.com/watch?v=o8XD5yhmlLQ>

E-GESTOR ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

<https://egestorab.saude.gov.br/>

Plataforma que oferece informações de todos os programas da APS e acesso aos sistemas de informação relacionados à Atenção Primária à Saúde, com relatórios de acesso público e outros de acesso restrito aos gestores e profissionais cadastrados.

CNES

<http://wiki.saude.gov.br/cnes>

Ambiente que disponibiliza definições e orientações sobre o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e uso do sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrem o Sistema Único de Saúde (SUS)

RESSARCIMENTO AO SUS

<http://ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-da-operadora/compromissos-e-interacoes-com-ans/ressarcimento-ao-sus>

A página da Agência Nacional de Saúde Suplementar disponibiliza definições e roteiro administrativo de execução do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS), em atendimento ao estabelecido no artigo 32 da Lei 9.656/1998.

O DIGISUS GESTOR

<https://digisus.saude.gov.br/gestor/>

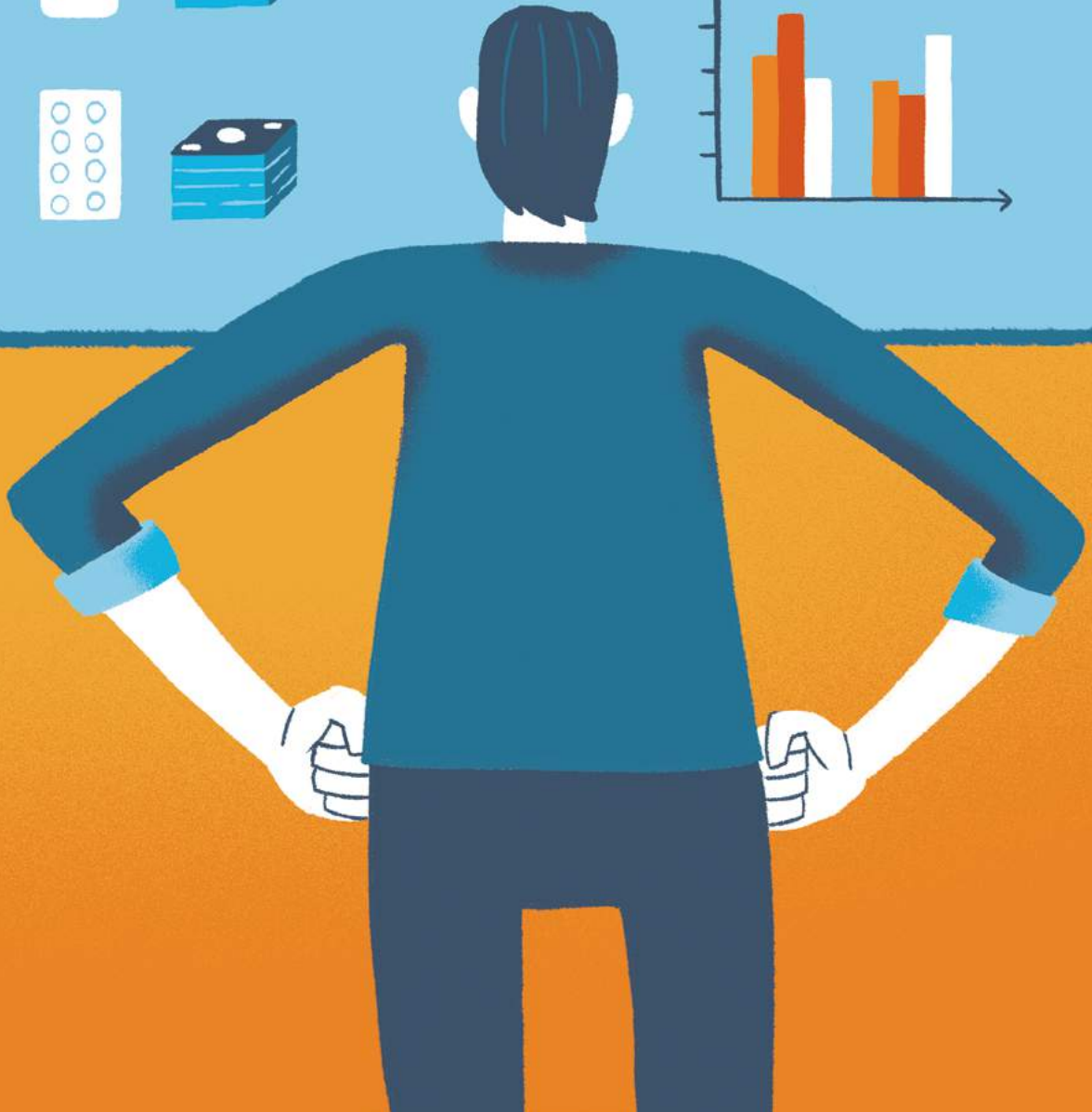
O ambiente Planejar sistematiza informações referentes ao planejamento em saúde dos entes federados, de modo a dar coerência ao ciclo de elaboração do Plano de Saúde, da Programação Anual de Saúde, dos Relatórios de Gestão (quadrimestrais e anuais) e da Pactuação Interfederativa, permitindo o monitoramento dos resultados em saúde de cada ente.

CAPÍTULO

08

ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E O SUS

O Secretário Municipal de Saúde de Aurora, José Carlos, encaminhou à Assessoria Jurídica do COSEMS, através da apoiadora Vitória, algumas demandas relativas ao fornecimento de medicamentos para atender ordens judiciais que não fazem parte das listas oficiais do SUS, nem dos protocolos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde, questionando sobre como proceder para fazer a aquisição dos medicamentos e se precisa fazer licitação. O gestor questiona também se poderá fazer adesão à Ata de Registro de Preços da Secretaria Municipal de Saúde de outro município, integrante da mesma região de saúde, somente para os produtos que necessita, e neste caso, como proceder para aderir à ata.



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

Administração Pública no SUS

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

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

O Art. 37, da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, dispõe que: “A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (...)”, os quais passam a ideia de clareza, transparência, limpeza, facilmente de serem gravados pela sigla “LIMPE”, e que podem assim ser conceituados:



Legalidade é o próprio alicerce do Estado Democrático de Direito, traduzindo a ideia de que o administrador público só pode fazer o que a lei autoriza.



Impessoalidade traduz a ideia de que a imagem do administrador público não deve ser identificada quando a Administração Pública estiver atuando, assim como impede a promoção pessoal do próprio administrador.



Moralidade relaciona-se com as decisões legais tomadas pelo agente público, com bases éticas, acompanhadas pela honestidade, com vistas a obter uma finalidade de interesse público.



Publicidade tem por objetivo tornar do conhecimento público os atos da administração e tem ligação estreita com a transparência, além de conferir eficácia jurídica aos atos administrativos e não pode ser usada como forma de propaganda pessoal do administrador.

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



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

Entretanto, o dispositivo constitucional citado é de caráter exemplificativo. Isso significa que existem outros princípios regulados na legislação infraconstitucional, que devem ser igualmente observados pelo gestor público, dentre os quais, vale mencionar: isonomia, supremacia do interesse público, proporcionalidade, razoabilidade, finalidade, motivação, probidade administrativa e outros específicos, quando se tratar de procedimento licitatório, tais como: igualdade, vinculação ao instrumento convocatório, julgamento objetivo.

O dever de licitar e suas exceções

A Constituição da República, no inciso XXI, do Art. 37, dispõe que: “reservados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta, nos termos da lei, o qual somente permitirá as exigências de qualificação técnica e econômica indispensáveis à garantia do cumprimento das obrigações”.

Assim, a realização de licitação é regra quando a Administração Pública deseja contratar com terceiros, salvo as hipóteses que constituem exceções a esse princípio, que precisam ser previstas em lei e que podem tornar a licitação inexigível, dispensada ou dispensável, observadas as características peculiares de cada caso, segundo motivação do interesse público. Ou seja, é o interesse público que vai ordenar a conduta do gestor.

Nesse sentido, pode-se conceituar Licitação, como sendo um procedimento administrativo formal, que tem por objetivo a contratação de serviços ou a aquisição de bens, mediante a escolha da proposta mais vantajosa para a administração pública.

Atualmente, o processo licitatório é disciplinado pela Lei nº 8.666/93, que regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal e institui normas para licitações e contratos da Administração Pública, dentre outras providências, bem como pela Lei nº 10.52/02, que institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, a modalidade de licitação denominada prego, para aquisição de bens e serviços comuns.

Vale ainda referenciar o Regime Diferenciado de Contratações Públicas (RDC), instituído pela Lei nº 12.462/11, inicialmente para aplicação exclusiva às licitações e contratos necessários à realização dos Jogos Olímpicos e Paralímpicos de 2016, da Copa das Confederações de 2013 e da Copa do Mundo Fifa 2014. Mais tarde, por intermédio da Lei 12.745/12, foi acrescentado o inciso V, ao Art. 1º, da Lei nº 12.462/11, para estender sua aplicação à realização de obras e serviços de engenharia no âmbito do Sistema Único de Saúde.

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

O Art. 38, da Lei nº 8.666/93, elenca as providências iniciais do planejamento da licitação e exige a abertura de processo administrativo, com a respectiva autuação, protocolo e numeração, autorização da autoridade competente, a elaboração do termo de referência ou projeto básico, a descrição do objeto, as justificativas necessárias, a demonstração de existência de previsão orçamentária, pesquisa de preços, avaliação de mercado, definição da modalidade, critério de julgamento, elaboração da minuta do edital ou convite e respectivo contrato, aprovação da Assessoria Jurídica e divulgação.

Modalidades de licitação

Como regra, a Lei nº 8.666/93 estabelece cinco modalidades de licitação e a Lei 10.520/02, uma modalidade, a saber:



Concorrência é a modalidade entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto. Para obras e serviços de engenharia, acima de R\$3.300.000,00; para compras e outros serviços, acima R\$1.430.000,00.



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



Convite é a modalidade entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de 03 pela unidade administrativa, a qual afixará, em local apropriado, cópia do instrumento convocatório e o estenderá aos demais cadastrados na correspondente especialidade que manifestarem seu interesse com antecedência de até 24 horas da apresentação das propostas. Para obras e serviços de engenharia, até R\$330.000,00; para compras e outros serviços, até R\$176.000,00.



Concurso é a modalidade entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores, conforme critérios constantes de edital publicado na imprensa oficial com antecedência mínima de 45 dias.



Leilão é a modalidade entre quaisquer interessados para a venda de bens móveis inservíveis para a Administração ou de produtos legalmente apreendidos ou penhorados, a quem oferecer o maior lance, igual ou superior ao da avaliação.



Pregão é a modalidade criada pela Lei nº 10.520/02, utilizada para aquisição de bens e serviços comuns, assim considerados, aqueles cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital, por meio de especificações usuais no mercado, que pode ser utilizado para qualquer valor estimado do objeto. O pregão pode ser presencial ou eletrônico.

No pregão a disputa entre os participantes se realiza em sessão pública, através de propostas e lances, para classificação da proposta de menor preço e habilitação do licitante vencedor.

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

É importante observar que as obras, serviços e compras efetuadas pela administração pública podem ser divididos em tantas parcelas quantas se comprovarem técnica e economicamente viáveis, a fim de proceder à licitação com vistas ao melhor aproveitamento dos recursos disponíveis no mercado e à ampliação da competitividade sem perda da economia de escala. Entretanto, a divisão em parcelas não pode ensejar o fracionamento da despesa. Ou seja, mesmo dividindo-se o objeto em parcelas, deverá ser observada a modalidade prevista para o todo em cada parcela licitada.

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

Prazos de divulgação

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

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

- 45 dias para concurso e concorrência, neste caso, quando o contrato a ser celebrado contemplar o regime de empreitada integral ou quando a licitação for do tipo “melhor técnica” ou “técnica e preço”;
- 30 dias para concorrência, nos casos não especificados na alínea anterior e tomada de preços, neste caso, quando a licitação for do tipo “melhor técnica” ou “técnica e preço”;
- 15 dias para a tomada de preços, nos casos não especificados na alínea anterior, ou leilão;
- 05 dias úteis para convite;
- 08 dias úteis para pregão.

Cabe ainda observar que os prazos são contados a partir da primeira publicação do edital resumido ou da expedição do convite, ou ainda da efetiva disponibilidade do edital ou do convite e respectivos anexos, prevalecendo a data que ocorrer mais tarde, sendo que, qualquer modificação no edital exige divulgação pela mesma forma que se deu o texto original, reabrindo-se o prazo inicialmente estabelecido, exceto quando, inquestionavelmente, a alteração não afetar a formulação das propostas.

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

O Registro de Preços, embora não constitua uma modalidade de licitação, é um procedimento especial em que se realiza a seleção da proposta mais vantajosa para a Administração na aquisição de bens e serviços, formando-se um cadastro para futura contratação. Além de manter os preços registrados por um período de até 01 ano, a administração só comprometerá seu orçamento quando, efetivamente, for se realizar a aquisição do bem ou serviço registrado.

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

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

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

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

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

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

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

O inciso V, do Art. 2º, do Decreto 7.892/2013, que regulamenta o Sistema de Registro de Preços no âmbito da administração pública federal, define como órgão não participante (carona), “aquele que, não tendo participado dos procedimentos iniciais da licitação, faz adesão à ata de registro de preços, mediante atendimentos dos requisitos estabelecidos no referido decreto”.

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

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



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

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

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

Portanto, a adesão à ata de registro de preços por órgãos ou entidades não participantes do certame licitatório é perfeitamente possível e legal, desde que esteja regulamentado e sejam observados os seguintes requisitos formais:

- » **Demonstração de ser a opção mais vantajosa;**
- » **Previsão no instrumento convocatório;**
- » **Anuência do órgão gerenciador;**
- » **Aceitação do fornecedor beneficiário da Ata de Registro de Preços;**
- » **Limitação a 100% dos itens registrados;**
- » **Não exceder ao quádruplo do quantitativo de cada item registrado.**

Exemplificando: Resgatando o mesmo exemplo utilizado para o município de Vila SUS, para evitar a realização de 06 procedimentos licitatórios, a recomendação seria utilizar-se do Sistema de Registro de Preços, mediante licitação na modalidade de concorrência ou pregão, presencial ou eletrônico, e registrar os preços dos medicamentos pretendidos, uma vez que o registro não obriga a aquisição e não compromete o orçamento, nem as finanças do órgão.

Licitação dispensada, dispensável e inexigível

Como visto, a regra no direito brasileiro é a licitação, mas a Lei nº 8.666/93 disciplinou as hipóteses de inexigibilidade de licitação, que ocorrem com a impossibilidade total de realização do procedimento por haver inviabilidade de competição e os casos de dispensa de licitação, que acontecem quando expressamente previstos em lei.

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

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

Licitação dispensável

As hipóteses de licitação dispensável em razão do valor acham-se previstas nos incisos I e II, do Art. 24, da Lei nº 8.666/93, para obras e serviços de engenharia e para outros serviços e compras, respectivamente, que correspondem até o valor de 10% dos limites previstos nas alíneas “a”, dos incisos I e II, do Art. 23, equivalentes atualmente, a R\$33.000,00 e R\$17.600,00, respectivamente⁴.

Os percentuais referidos nos incisos I e II passam a ser de 20%, ou seja, de R\$66.000,00 e R\$35.200,00, respectivamente, em valores atuais, nas mesmas hipóteses, para compras, obras e serviços contratados por consórcios públicos, sociedade de economia mista, empresa pública e por autarquia ou fundação qualificadas, na forma da lei, como Agências Executivas.

A ressalva a ser feita nestas duas hipóteses se refere à impossibilidade de fazer o parcelamento do objeto, a fim de proporcionar a licitação dispensável, caracterizando fracionamento da despesa. Ou seja, nestes casos, só é possível tornar a licitação dispensável, quando não se tratar de etapas de uma mesma obra ou serviço, ou ainda, para obras e serviços da mesma natureza e no mesmo local que possam ser realizadas conjunta e concomitantemente e, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizada de uma só vez.

O Art. 24, da Lei 8.666/93, possui mais 32 incisos que tratam de hipóteses de licitação dispensável, em função de situações excepcionais, do objeto ou da pessoa. **Importante dizer que o rol do Art. 24 é taxativo e não exemplificativo. Somente as hipóteses descritas no referido dispositivo podem ser objeto de licitação dispensável.**

É ainda imperioso ressaltar que as hipóteses de licitação dispensável devem representar para a Administração a possibilidade de uma melhor contratação, de sorte que essa contratação direta propiciará uma maior vantagem, caso fosse realizada a licitação.

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

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

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

O tipo do inciso IV, do Art. 24, trata dos casos de emergência ou calamidade pública, caracterizada pela urgência de atendimento de determinada situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares.

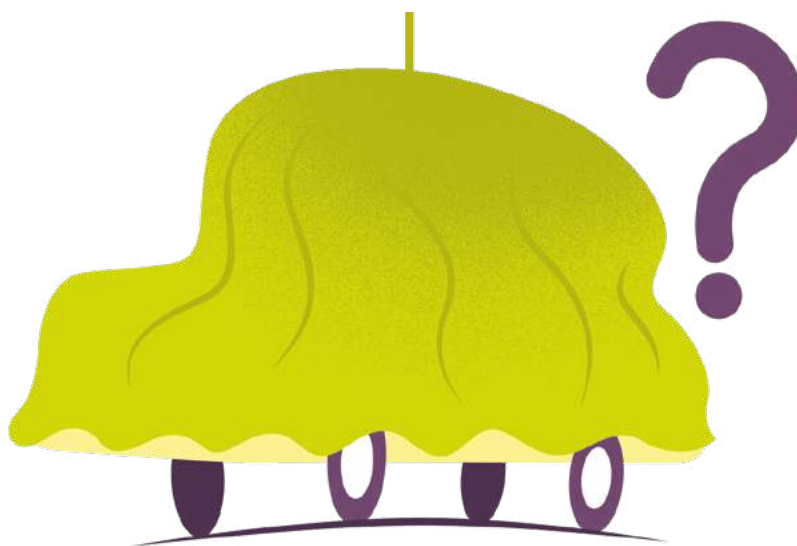
Neste caso a lei permite tornar a licitação dispensável para atender situação emergencial, mas, estabelece o prazo máximo de 180 dias consecutivos e ininterruptos, contados da ocorrência da emergência ou calamidade, para realização do evento, vedando expressamente a prorrogação dos respectivos contratos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

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

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

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

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



e a motivação que levam o gestor a decidir por tornar a licitação dispensável, demonstrando a finalidade e o interesse público da proposta, caracterizando a situação emergencial e o fato imprevisível que não permite esperar o planejamento de compras.

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

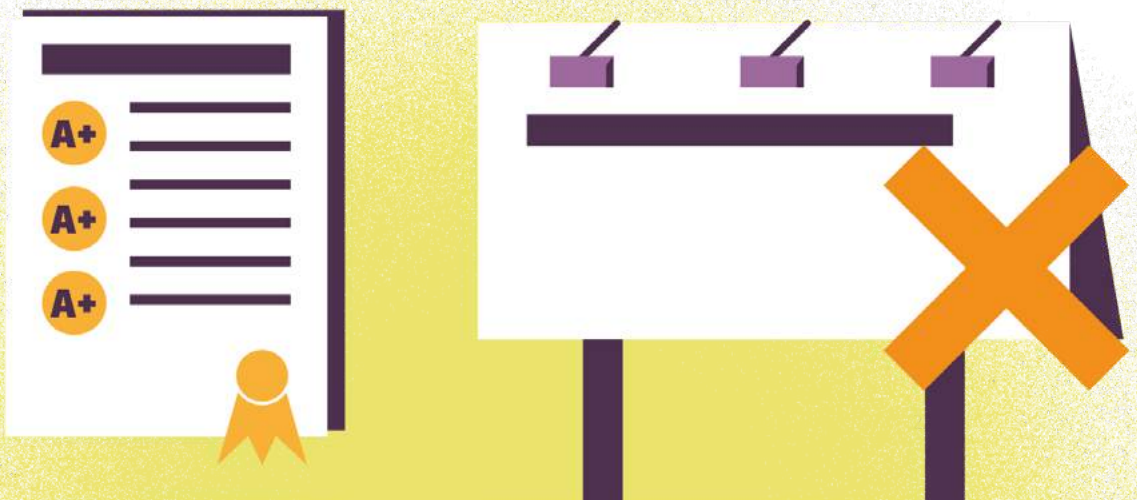
Veja que, caracterizada a hipótese de situação emergencial, a medida cabível não pode ser retardada, sob pena de causar prejuízo ao erário, em eventual ação de ressarcimento, ou mesmo comprometer a saúde e a segurança de pessoas, respondendo o gestor, neste caso, por omissão.

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

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

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

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



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

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

A aplicação da hipótese do Art. 24, IV, se consolida cada vez mais no âmbito do SUS, em especial para atender demandas judiciais e fazer frente ao fenômeno da judicialização, fortemente presente no dia a dia dos gestores da saúde, uma vez que se acha consagrado pela jurisprudência pátria, o princípio da solidariedade dos entes no atendimento das questões relacionadas à saúde, sem considerar qualquer limitação orçamentária e financeira, nem mesmo as responsabilidades sanitárias compreendidas nos regramentos do SUS.

Reforçando este posicionamento, o Ministro Marco Aurélio Mello assim se posicionou no julgamento do Recurso Extraordinário 273042 do Estado do Rio Grande Sul:

“Tal como pude enfatizar, em decisão por mim proferida no exercício da Presidência do Supremo Tribunal Federal, em contexto assemelhado ao da presente causa (Pet. 1.246 – SC), entre proteger a inviolabilidade do direito à vida e à saúde, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (Art. 5º, caput e Art. 196), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo – uma vez configurado esse dilema – que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: aquela que privilegia o respeito indeclinável à vida e à saúde humana⁸, (...)”.

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

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

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

Inexigibilidade de Licitação

Veja que, diferentemente da lista de hipóteses de licitação dispensável, referidas no Art. 24, neste caso, as situações descritas no Art. 25 são exemplificativas, ou seja, podem ter outras hipóteses, que serão identificadas de acordo com cada situação.

O Art. 25 estabelece que “é inexigível a licitação quando houver inviabilidade de competição”, discriminando três hipóteses de inviabilidade de competição. Independente das situações descritas nos incisos I, II e III, será possível a aplicação do instituto da inexigibilidade, sempre que o gestor público estiver diante de qualquer situação de inviabilidade de competição. Para caracterizar a hipótese de inexigibilidade, é preciso reconhecer, de forma fundamentada, a “**inviabilidade de competição**”, mesmo nos casos previstos nos incisos do Art. 25, pois, de outro modo, havendo em tese competição, não há que se falar em contratação direta.

Nesse sentido, são as lições de Jorge Ulisses Jacoby⁹:

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

A hipótese do inciso I tem como requisitos: a) fornecedor exclusivo; b) vedação para a preferência de marca; c) comprovação da exclusividade do fornecedor. Portanto, a lei veda expressamente a escolha da marca do produto que deseja adquirir e o fornecedor deve ser único, sendo que a comprovação dessa singularidade deve se dar através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local em que se realizaria a licitação ou a obra ou o serviço, pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal, ou, ainda, pelas entidades equivalentes. Ou seja, quaisquer das entidades descritas podem atestar a exclusividade do fornecedor.

Assim, na especificação do objeto a ser adquirido, a administração deverá observar critérios objetivos, técnicos e econômicos, a fim de definir o que melhor atenda ao interesse público, sem qualquer identificação de marca ou indicação que possa sugerir o direcionamento para determinado fornecedor. A escolha da marca, nesta hipótese, somente será possível, nos casos de padronização do produto pela administração, mantendo-se as demais exigências.

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

Exemplificando: se a administração padronizou uma determinada marca de veículo, ao fazer a aquisição dessa marca, haverá de adquirir do fabricante, na condição de fornecedor exclusivo. Caso deseje adquirir de concessionária da referida marca, há de fazer o procedimento licitatório.

O inciso II dispõe sobre a contratação de serviços técnicos e, também, contém requisitos básicos na sua utilização para fundamentar a contratação direta, quais sejam: a) singularidade do objeto; b) notória especialização do executante; c) proibição para serviços de publicidade e divulgação. O Art. 13 da Lei 8.666/93 especifica o que é considerado serviço técnico.

Serviço de natureza singular é aquele considerado como diferenciado em relação a outros, que não acontece de forma corriqueira. Os dicionários da língua portuguesa definem o vocábulo “singular”, como inédito, único, incomum.

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

“§ 1º - Considera-se de notória especialização o profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, ou de outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente o mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato”.

O terceiro requisito se refere à vedação expressa de contratação direta, para execução de serviços de publicidade e divulgação, de sorte que, mesmo sendo de natureza singular e executado por empresa de notória especialização, é proibido tornar a licitação inexigível, quando a administração desejar contratar serviços de publicidade e divulgação.

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

Aquisição pública de medicamentos

De acordo com a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), para as aquisições públicas de medicamentos existem em vigor dois tetos máximos de preços: o Preço Fábrica (PF)¹⁰ e o Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG)¹¹. Estes são os preços máximos que devem ser observa-

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

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

dos nos processos de compra pela administração pública. Apesar dos preços máximos fixados, a CMED alerta aos gestores públicos sobre necessidade de realização de pesquisa prévia de preços¹², não servindo a publicação da ANVISA como referência para estimativa em processo licitatório.

O Coeficiente de Adequação de Preços (CAP)¹³, regulamentado pela Resolução CMED nº. 3, de 2 de março de 2011, é um desconto mínimo obrigatório a ser aplicado sempre que forem realizadas vendas de medicamentos constantes do componente especializado da assistência farmacêutica, alguns medicamentos do Programa Nacional de DST/AIDS¹⁴ e para atender ordem judicial.

Requisitos processuais nos casos de licitação inexigível e dispensável

Em todos os casos, seja de inexigibilidade ou de licitação dispensável ou dispensada, o administrador público deverá sempre considerar a supremacia do interesse público, a finalidade, a probidade administrativa e a motivação do ato, além dos princípios constitucionais da legalidade, da impessoalidade, da moralidade, da publicidade e da eficiência.

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

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

Além dos requisitos contidos no parágrafo único, o Art. 26 da Lei 8.666/93, determina que, nas hipóteses de licitação dispensável, previstas a partir do inciso III do Art. 24 e as situações de inexigibilidade de licitação devem ser, necessariamente, justificadas e comunicadas, dentro de três dias, à autoridade superior, para ratificação e publicação na imprensa oficial, no prazo de cinco dias, como condição para eficácia

12 Atendendo uma determinação do TCU, através do Acórdão nº 3016/2012, a CMED alerta os gestores federais, estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde sobre a necessidade de realização de uma pesquisa prévia e efetiva de preços no mercado, quando da realização de compras públicas de medicamentos.

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

14 Relação atualizada através do Comunicado nº 9, de 28 de agosto de 2012, da Secretaria Executiva da CMED, Publicado no D.O.U. nº 114, de 16 de junho de 2016, pág. 92, Seção 3.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gestão de recursos humanos

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

- *A despesa de pessoal está no limite da Lei de responsabilidade fiscal. O prefeito deseja terceirizar as Unidades Básicas de Saúde e o serviço de pronto atendimento. Isso é possível?*
- *A SMS encaminhou processo de contratação de ACS e ACE para a Procuradoria Geral do Município de Aurora, que foi devolvido com a sugestão de realizar processo seletivo para contratação por tempo determinado. Como proceder?*
- *Temos um ACS admitido por concurso antes da EC 51/06, que apresenta patologia impeditiva para o exercício das atividades do cargo ocupado. É possível ser readaptado?*
- *Temos um ACS que está trabalhando em atividades administrativas da Secretaria de Saúde. Podemos pagar seus vencimentos com recursos do incentivo transferido pelo Ministério da Saúde para a Estratégia de ACS?*

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

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

Cabe ressaltar, também neste caso, que outros princípios devem ser observados pelo gestor público, inclusive quanto a formalidade dos atos, considerando sempre a supremacia do interesse público e outros, tais como: finalidade, isonomia, motivação, igualdade, probidade administrativa, proporcionalidade, razoabilidade e vinculação ao processo.

Nesse sentido, o inciso II, do Art. 37, dispõe que, “a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração”.

Partindo dessa premissa pode se afirmar que, no tocante à contratação de pessoal pela Administração Pública, a regra geral é o concurso público, com validade de até dois anos, prorrogável por igual período, uma única vez, com exceção das nomeações para cargos em comissão e para admissão de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, cujo tema será objeto de um tópico específico¹⁶.

A outra exceção ao concurso público diz respeito aos casos de contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público, conforme previsão contida no inciso IX, do Art. 37. Nesta hipótese, cada ente deverá ter lei própria para estabelecer as situações de interesse público, que devem ter caráter excepcional. Não basta um interesse comum do dia a dia. Para estes casos, a regra é o concurso público.

Importante destacar que a Constituição fala em cargo ou emprego público¹⁷. A diferença básica entre eles é que, o primeiro é de provimento efetivo e regime jurídico¹⁸ estatutário e previdenciário próprios; o segundo é regido pelo regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e ligado ao regime geral da Previdência Social do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), e também, com contribuição para o Fundo de Garantia e Tempo de Serviço (FGTS). Ambos estão sujeitos ao estágio probatório de 03

16 O Art. 90, da Lei 11.350/06, dispõe sobre a contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, que deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos.

17 Com o restabelecimento da redação original do Art. 39, da Constituição da República de 1988, em razão de medida cautelar deferida pelo Supremo Tribunal Federal, nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 2135/00, o regime jurídico dos servidores da administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios voltou a ser único, o que significa dizer, “estatutário”.

18 Regime jurídico dos servidores públicos é o conjunto de princípios e regras referentes a direitos, deveres e demais normas de conduta que regem a relação jurídico/funcional entre o servidor e o Poder Público.

anos, procedimento de avaliação periódica de desempenho, estabilidade¹⁹, perda do cargo ou emprego somente por sentença transitada em julgado, assegurada a ampla defesa e o contraditório e devido processo legal.



O cargo em comissão é aquele criado por lei, de livre nomeação e exoneração, admitido somente para funções de direção, chefia e assessoramento. Possui provimento administrativo e é obrigatoriamente vinculado ao regime geral da previdência social do INSS.



O cargo temporário, também é regulamentado por lei específica, com remuneração compatível com os cargos efetivos semelhantes, é obrigatoriamente vinculado ao regime geral da previdência social do INSS.

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

Diferentemente do disposto no Art. 37, inciso II, da Constituição Federal de 1988, que exige concurso público de provas ou de provas e títulos para contratação de pessoal no serviço público, a mesma Carta da República, no § 4º, do Art. 198, incluído pela Emenda Constitucional nº 51 de 14 de fevereiro de 2006, estabeleceu, de forma opcional, o processo seletivo público, que pode ser de provas ou de provas e títulos, para admissão de ACS e ACE.

Veja que, ao utilizar-se o legislador do verbo poder, no presente do indicativo (poderão), ele quer dizer que os gestores do SUS têm o direito de assim agir ou assim decidir, ou seja, optar pelo processo seletivo público, em detrimento do concurso público de provas ou de provas e títulos, sendo, portanto, uma faculdade do gestor do SUS.

Entretanto, o § 5º, do Art. 198, da Constituição de 1988, também incluído pela EC 51/06, remeteu à legislação ordinária, dispoe sobre o regime jurídico e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, sendo aprovada e sancionada a Lei 11.350/06, cujo texto, contido no Art. 9º, textualmente determina que a admissão de ACS e ACE se dê por meio de processo seletivo, mediante utilização da expressão “deverá”. Ou seja, a lei impõe taxativamente a realização de processo seletivo público para admissão de ACS e ACE, não admitindo o concurso público.

A não exigência de processo seletivo foi ressalvada pela própria EC 51/06, no parágrafo único do Art. 2º, informando que, os profissionais que já exerciam as atividades de ACS e ACE, na data de promulgação da referida Emenda Constitucional (14/02/2006), estão isentos de se submeterem a novo processo seletivo, desde que tenham sido admitidos a partir de algum processo de seleção, realizado por órgãos da administração pública,

¹⁹ O Art. 41, da Constituição da República dispõe que os servidores nomeados para cargo de provimento efetivo em virtude de concurso público, são estáveis após três anos de efetivo exercício.



direta ou indireta de Estado, Distrito Federal ou Município ou por outras instituições com a efetiva supervisão e autorização da administração direta dos entes da federação.

Na regulamentação deste dispositivo, a Lei 11.350/06, no parágrafo único do Art. 9º, dispõe sobre a incumbência dos órgãos ou entes da administração direta dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios certificar, em cada caso, a existência de anterior processo de seleção pública, para efeito da dispensa do processo seletivo referida no parágrafo único do Art. 2º da EC/06, ressalvado o cumprimento dos princípios que regem a administração pública: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

No tocante ao regime jurídico de trabalho o Art. 8º, da Lei estabelece que os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias deverão ser admitidos pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), **salvo se a legislação local dispuser de forma diversa**. Ou seja, permite que seja adotado outro regime jurídico se a administração municipal assim desejar e aprovar lei específica tratando da questão²⁰.

Outra novidade está prescrita no Art. 16, da Lei 11.350/06, que estabelece vínculo direto entre os Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias e o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional, proibindo expressamente a contratação temporária e terceirizada, exceto na hipótese de combate a surtos epidêmicos, na forma que dispuser a lei.

A Lei 12.994/14 acrescentou à Lei 11.350/2006, os artigos 9º-A; B; C; D; E;

20 Cabe ressaltar que o STF suspendeu, em caráter liminar, a eficácia da redação conferida pela Emenda 19/98 ao Art. 39 da Constituição Federal, restabelecendo o regime jurídico único, de sorte que, se o Município entender de aplicar o regime estatutário para ACS e ACE, estará cumprindo, integralmente, tanto a Lei 11.350/2006, quanto a Constituição Federal.

F e G, com diversos incisos e parágrafos, deu nova redação ao Art. 16, para confirmar a proibição de contratação temporária e terceirizada de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos epidêmicos²¹.

Assim, a vedação de fazer contratação temporária e/ou terceirizada de ACS ou ACE já vigora desde 06 de outubro de 2006, data da publicação da Lei nº 11.350/2006. Nesse sentido a Lei 12.994/14, que altera a Lei 11.350/06, para instituir o piso salarial nacional e as diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), estabelece a necessidade de comprovação do vínculo direto dos ACS e ACE, regularmente formalizado, conforme o regime jurídico adotado, para fins de recebimento da assistência financeira complementar da União, o que significa, um condicionamento para recebimento dos recursos da assistência complementar da União para o piso nacional da categoria²².

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

21 O Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, analisando o tema através do Processo TCE/RJ nº 202.236-6/2011, no item IV, do Voto GC-2 50827/2012, assim se manifestou: "Pela EXPEDIÇÃO DE OFÍCIO a todos os Prefeitos, Secretários Municipais de Saúde e gestores de Fundos e Fundações Municipais de Saúde, comunicando-lhes a posição desta Corte de Contas acerca da vedação legal da contratação temporária ou terceirização de profissionais para os cargos de Agente Comunitário de Saúde e Agente de Combate às Endemias, salvo na hipótese de combate a surtos endêmicos, sendo certo que tal contratação deve, obrigatoriamente, ser precedida de processo seletivo simplificado, conforme claramente determinado no texto da Lei Federal nº 11.350/06 (...)." No mesmo sentido já se posicionou o Tribunal de Contas da União, através do Acórdão 2741/2009 – Plenário, no processo TCU nº 018.486/2009-0, com o seguinte dispositivo: "9.1.1. Somente efetive as contratações de seus Agentes Comunitários de Saúde nas formas previstas na Lei nº 11.350/2006, observando, com a devida acurácia, as disposições contidas nos seus artigos 1º, 8º, 9º e 16, em especial a vedação para a terceirização e a contratação temporária dessas atividades fora das hipóteses legais ali previstas (...)."

22 O Art. 9º-F, da Lei 8.080/90, dispõe que, tanto a assistência financeira complementar obrigatória prestada pela União, como a parcela repassada como incentivo financeiro que venha a ser utilizada no pagamento de pessoal, deverão ser computadas como gasto de pessoal do ente federativo beneficiado pelas transferências, para fins de apuração dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal.

23 Nesse particular fica a ideia de que o legislador desejou criar área de atuação para os Agentes de Combate às Endemias, como já ocorre com os Agentes Comunitários de Saúde. Entretanto, não existe ainda regramento para essa situação.

Terceirização

A Administração Pública só pode terceirizar serviços nas condições previstas em lei, sendo que este instituto não se presta para contratação de pessoal. Ao se falar em terceirização na administração pública, estamos falando de contratação de serviços e não de pessoas. Importante dizer que a participação da iniciativa privada no SUS, em caráter complementar, é uma forma de terceirização, conforme previsto no Art. 199, da Constituição da República, no § 2º, do Art. 4º e Art. 24, da Lei 8.080/90²⁴.

Com o advento da Constituição de 1988, aos serviços públicos sociais, em especial a saúde, ficou consagrada dupla possibilidade: prestação pelo poder público, com a participação da comunidade ou prestação pelo particular, visando garantir a cobertura assistencial da população, especialmente quando as disponibilidades do Sistema Único de Saúde local forem insuficientes, com preferência para as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Nesse sentido, tem-se que, somente poderá haver terceirização se observadas as seguintes condições:

- *Pautar pelos princípios que regem a administração pública;*
- *Execução de serviço específico, delimitado e pré-determinado;*
- *Natureza eventual do serviço prestado pelo contratado;*
- *Prazo determinado para execução do serviço;*
- *Inexistência de hierarquia entre o contratante e o contratado, exceto fiscalização;*
- *Desempenho exclusivo de atividade-meio;*
- *Mão-de-obra operacional especializada;*
- *Não transferência de poderes e competências públicas, sendo o executor simples gestor material da atividade;*
- *Subordinação à lei de licitações, inclusive nas hipóteses de licitação dispensável ou inexigível;*
- *Não inclusão de categoria funcional abrangida pelo quadro de pessoal do ente contratante.*

Vale lembrar que, os contratos de terceirização de mão de obra nos quais fique caracterizada a substituição de servidores e empregados públicos, devem ser contabilizados como “outras despesas de pessoal” e entrar no

24 Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Art. 4º (...). § 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

cômputo dos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, conforme disposto no Art. 18, § 1º, da Lei Complementar nº 101/00.

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

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

PARA SABER MAIS:

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

CAPÍTULO

09

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

Júlia, recém empossada secretária de Céu Azul, nas suas primeiras semanas de gestão, foi surpreendida com a chegada de uma decisão judicial determinando que ela forneça o medicamento Spinraza (Nusinersen) a uma paciente de Atrofia Muscular Espinhal (AME). Preocupada com a situação já que não está prevista dentre as competências do município o fornecimento desse medicamento e, considerando o seu elevadíssimo custo, pois a quantidade deferida custaria mais de R\$ 1,1 milhão, destaca que seu fornecimento acarretará o não atendimento aos demais pacientes, já que todo o orçamento destinado à saúde no município não alcança esse valor. Aflita, Júlia procura Thais, assessora Jurídica do COSEMS, para discutir a situação e tirar outras dúvidas a respeito das demandas judiciais, inclusive as recebidas em decorrência da pandemia e que ainda estão para serem cumpridas pela nova gestão.



Chegando lá, Júlia faz algumas perguntas a respeito do processo de judicialização da saúde no município, que vão desde conhecer as obrigações do seu município, do Estado e da União para fornecer medicamento dentro ou fora do rol de competências, o que deve fazer quando o município for judicializado e suas relações com a defensoria e ministério público da justiça e até o que deve fazer para evitá-la.

No COSEMS, a assessora jurídica relata à Júlia que a judicialização da saúde é crescente nas três esferas de governo e tem sido uma realidade na gestão municipal há pelo menos duas décadas¹, sendo expressivo seu crescimento nos municípios, sobretudo por ser este o ente mais próximo tanto da população, quanto dos órgãos do sistema de justiça.

Thais pontua que a judicialização ocorre nos municípios por variadas razões. Em algumas situações, porque a oferta de medicamentos e procedimentos que devem ser ofertados pelo SUS está deficiente. Em alguns casos, o usuário demanda leitos de internação, em outros, procedimentos e medicamentos que são de responsabilidade dos estados ou da União, tendo em vista que o sistema de justiça não costuma considerar a divisão de responsabilidades entre os entes federados existente no SUS, quer seja a divisão prevista nas leis que regem o sistema, quer seja aquela pactuada nas comissões intergestores e expressas em suas resoluções.

Pondera que há também uma parcela considerável de demandas judiciais relativas a tecnologias ainda não incorporadas ao SUS, não previstas em seu rol de medicamentos, produtos e procedimentos, sem registro na ANVISA e, até mesmo, de caráter experimental. Além disso, é considerável o número de ações judiciais propostas por usuários de planos de saúde que têm a cobertura de ações e serviços negada pelo seu plano e acabam recorrendo ao sistema público por meio da judicialização.

Explica, ainda, que a gestão municipal de saúde deve ao máximo tentar promover o diálogo interinstitucional com o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, a fim de demonstrar que todas as entidades almejam assegurar aos usuários do SUS o direito à saúde, e compreender os aspectos normativos e fáticos da gestão de saúde é um modo, também, de enfrentar a judicialização da saúde.

A assessora jurídica apresenta algumas situações à Júlia em que a judicialização não é decorrente de falhas do município na prestação de serviços de saúde. São elas:

» **A obrigatoriedade de fornecimento de medicamento ou tratamento não ofertados pelo SUS ou de responsabilidade dos estados ou da União**

1 A judicialização da saúde teve início no fim da década de 90 com as primeiras ações para o fornecimento de antirretrovirais para o tratamento do HIV/Aids, mas foi a partir dos anos 2000 que ela passou a ser um fenômeno de proporções consideráveis no SUS.

A Constituição Federal prevê em seu Art. 196 que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*. É válido ressaltar que o Supremo Tribunal Federal, ao interpretar os Arts. 5º, caput², e o referido Art. 196 da CF/88, consagrou o direito à saúde como consequência indissociável do direito à vida, assegurado a todas as pessoas (STF. 2ª Turma. ARE 685.230 AgR/MS, Rel. Min. Celso de Mello, DJe de 25/03/2013).

Além disso, a saúde, segundo o Art. 23, II, da Constituição, é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, cabendo a estes últimos, segundo Art. 30, VII³, da Constituição, prestar, com cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população.

Para tanto, a própria Constituição criou o Sistema Único de Saúde (SUS) definido como a integração dos serviços de saúde dos entes federativos em uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços organizados de acordo com as diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e da participação da comunidade, nos termos dos Art. 197 e 198 da CF, e da Lei 8080/90.

A Lei 12.401/11 é o marco legal da incorporação de tecnologias no SUS, na medida em que definiu como se dará, quais os critérios e prazos assim como criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) com a finalidade de assessorar o Ministério da Saúde no processo de incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como na constituição ou alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica.

Desse modo, há previsão legal dos contornos do conteúdo assistencial do direito à saúde, delimitando que a integralidade da assistência pela qual o SUS é responsável consiste na oferta de medicamentos, produtos e procedimentos que estejam em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolos clínicos, previstas em listas elaboradas pelos gestores ou elencadas nas tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS.

No entanto, o sistema de justiça, por vezes, entende que o artigo 196 da Constituição não pode ser restringido e acaba desconsiderando o que dispõe a Lei 8.080 sobre os limites do que deve ser ofertado pelo SUS.

Thaís destaca, contudo, que nos últimos anos essa realidade tem se mo-

2 Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB/88), Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes.

3 CRFB/88, Art. 30 Compete aos Municípios: VII - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;

dificado, ainda que lentamente, com várias iniciativas por parte tanto do sistema de justiça, quanto do sistema de saúde, que tem possibilitado uma compreensão mais detalhada do SUS e uma interpretação mais crítica do capítulo da Constituição que trata da saúde e da legislação sanitária de um modo geral.

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ) mantém o Fórum Nacional do Judiciário para monitoramento e resolução das demandas de assistência à Saúde – Fórum da Saúde, que é coordenado por um Comitê Executivo Nacional e constituído por Comitês Estaduais que tem sido espaços importantes nacionalmente e em cada um dos estados e no Distrito Federal para discutir sobre a judicialização e meios de racionalizá-la. Os comitês estaduais geralmente contam com representantes das secretarias municipais de saúde e/ou COSEMS para trazer a perspectiva dos municípios para o debate⁴.

Muitos municípios também têm organizado por iniciativa própria estratégias para melhor lidar com a judicialização, como iniciativas de mediação prévia de conflitos com os usuários, núcleos de apoio técnico conhecidos como NATs para dar resposta às demandas judiciais recebidas pelo município, entre outras⁵.

No tocante ao posicionamento do Poder Judiciário, o tema foi objeto de debates e decisões recentes no Supremo Tribunal Federal (STF) em 2019 e no Superior Tribunal de Justiça (STJ) em 2018 e esses tribunais fixaram teses sobre o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa, sobre a responsabilidade dos entes federados em matéria de saúde e, no caso do STJ, sobre os requisitos para o fornecimento de medicamentos não previstos nas listas oficiais do SUS. Vamos a eles.

Segundo o STJ em decisão de 2018, para a concessão de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS é necessário a presença cumulativa dos requisitos, aplicáveis para os processos que forem distribuídos a partir da conclusão do julgamento⁶ (04/05/2018):

- I. *Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS;*

4 Para saber mais Cf <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoes/forum-da-saude-3/>

5 Sobre essas iniciativas, veja a experiência do município de Joinville-SC, relatada no Webdoc Brasil, Aqui tem SUS, 3º Temporada, Episódio 20, disponível em: <https://www.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/>

6 SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. Consulta Processual no REsp nº 1657156 / RJ (2017/0025629-7) autuado em 08/02/2017. Disponível em: <https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=86176508&num_registro=201700256297&data=20180921&tipo=91&formato=PDF> .

II. *Incapacidade financeira do paciente de arcar com o custo do medicamento prescrito; e*

III. *Existência de registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). STJ. 1ª Seção. REsp 1657156-RJ, Rel. Min. Benedito Gonçalves, julgado em 25/04/2018 (recurso repetitivo).*

O primeiro requisito remete às Jornadas de Direito da Saúde⁷, organizadas pelo CNJ, que aprovou o enunciado 15 tratando como deve ser o laudo médico. O STJ acolhe esse enunciado.

Enunciado 15: As prescrições médicas devem consignar o tratamento necessário ou o medicamento indicado, contendo a sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tempo do tratamento e, em caso de prescrição diversa daquela expressamente informada por seu fabricante, a justificativa técnica.

Cabe registrar a observação feita pelo magistrado Márcio André Lopes que este laudo médico não precisa ser assinado por médico vinculado ao SUS. E nesse ponto, cabe uma reflexão, tendo em vista que o Art. 28 do Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, estabelece requisitos cumulativos para o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica, previsão esta que não é observada pelo Poder Judiciário.

Dito isso, conclui-se que o laudo deve ser emitido pelo médico que assiste o paciente, seja ele público ou privado.

Observa-se também que o laudo médico deverá comprovar duas circunstâncias:

» **Imprescindibilidade ou necessidade do medicamento pleiteado para o tratamento da doença; e**

» **Ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS.**

Em outras palavras, o remédio pedido judicialmente deve ser imprescindível ou necessário e aqueles que existem no SUS não podem substituí-lo conforme o enunciado 14 da I Jornada de Direito da Saúde do CNJ.

⁷ Ver Jornadas em www.cnj.jus.br

Não comprovada a inefetividade ou impropriedade dos medicamentos e tratamentos fornecidos pela rede pública de saúde, deve ser indeferido o pedido não constante das políticas públicas do Sistema Único de Saúde.

O segundo requisito fixado pelo STJ qual seja a “incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito”, consiste na devida comprovação da hipossuficiência daquele que requer o medicamento, ou seja, que a sua aquisição implique o comprometimento da sua própria subsistência e/ou de seu grupo familiar. Não se exige comprovação de pobreza ou miserabilidade, mas, tão somente, a demonstração da incapacidade de arcar com os custos referentes à aquisição do medicamento prescrito.

Por fim, o terceiro requisito exigido pelo STJ é a “existência de registro na ANVISA do medicamento”. Exige-se que o medicamento pretendido já tenha sido aprovado pela ANVISA, conforme Art. 19-T, II, da Lei nº 8.080/90.

Tal previsão traz consigo a preocupação com a eficácia, a efetividade e a segurança do medicamento para com a vida e saúde do usuário do sistema.

Mais recentemente, foi a vez do STF decidir sobre questões envolvendo o direito à saúde que estavam pendentes de julgamentos há alguns anos. Essas decisões são paradigmáticas e devem ser utilizadas pelos municípios em suas defesas, pois elas fixam “teses de repercussão geral” com entendimentos que deverão ser aplicados posteriormente pelos tribunais inferiores para casos idênticos.

No RE 657.718/2019 foi discutida a obrigatoriedade de o SUS fornecer tratamentos sem registro na Anvisa e na decisão o STF assentou que a regra é o não fornecimento de tratamento sem registro na Anvisa e que a concessão de tratamentos não registrados deve ocorrer apenas excepcionalmente quando forem satisfeitos os critérios estabelecidos pelo STF na tese de Repercussão Geral 500 (Tema 500).

TEMA 500 DO STF

1. O Estado não pode ser obrigado a fornecer medicamentos experimentais.
2. A ausência de registro na ANVISA impede, como regra geral, o fornecimento de medicamento por decisão judicial.
3. É possível, excepcionalmente, a concessão judicial de medicamento sem registro sanitário, em caso de mora irrazoável da ANVISA em apreciar o pedido (prazo superior ao previsto na Lei nº 13.413/2016),

quando preenchidos três requisitos:

- (i) a existência de pedido de registro do medicamento no Brasil (salvo no caso de medicamentos órfãos para doenças raras e ultrarraras);
- (ii) a existência de registro do medicamento em renomadas agências de regulação no exterior; e
- (iii) a inexistência de substituto terapêutico com registro no Brasil.

4. As ações que demandem fornecimento de medicamentos sem registro na ANVISA deverão necessariamente ser propostas em face da União.

Já nos Embargos de Declaração no RE 855.178/2019 foi discutida responsabilidade dos entes da federação em matéria de saúde e o STF entendeu que os entes federativos são solidariamente responsáveis em demandas por tratamentos médicos o que significa que qualquer ente pode ser processado por qualquer demanda de saúde contra o SUS. No entanto, o STF reconheceu essa tese dificulta a gestão da política, desestrutura o SUS e desorganiza suas políticas, de modo que acrescentou em sua decisão que cabe aos juízes em cada caso concreto considerar as regras de repartição de competências do SUS para (i) que o ente responsável pelo tratamento segundo as regras do SUS seja chamado para também responder à demanda judicial e (ii) determinar qual ente deve ficar responsável por custear o fornecimento do tratamento em caso de condenação judicial. A decisão fixou a tese abaixo no Tema de Repercussão Geral 793.

TEMA 793 DO STF

Os entes da federação, em decorrência da competência comum, são solidariamente responsáveis nas demandas prestacionais na área da saúde, e diante dos critérios constitucionais de descentralização e hierarquização, compete à autoridade judicial direcionar o cumprimento conforme as regras de repartição de competências e determinar o ressarcimento a quem suportou o ônus financeiro

Em relação ao caso específico vivido pelo município de Céu Azul trazido por Júlia, Thais destacou que embora ainda não sejam um entendimento vinculante, o Poder Judiciário já tem se decidido no sentido de que as demandas de elevada complexidade e custo não devem ser suportadas pelos municípios.

Segundo recente decisão no STF, “os recursos do SUS são distribuídos

conforme o nível de responsabilidade assumida pelos entes e a delimitação de responsabilidade é feita de modo a não permitir a sobreposição de ações. Por essa razão, a divisão de responsabilidades em ações judiciais deve seguir tal lógica, sob pena de implicar violação às competências constitucionalmente delimitadas à Federação”. Na sequência, entendeu que “o município não participa do financiamento de medicamentos da mais alta complexidade técnica, responsabilidade que se reparte, via de regra, entre estados e União ou é assumida exclusivamente pelo ente federal. Desse modo, embora o município seja o ente mais próximo do cidadão, verdadeira porta de entrada do SUS, o atendimento que compete ao município é o atendimento básico”⁸.

Thais e Júlia concluem que o cenário da judicialização da saúde hoje provoca a refletir acerca dos diversos meios a serem estudados e implementados para minorar os impactos da judicialização na gestão municipal, como por exemplo, promover o diálogo interinstitucional entre os poderes, conhecer o real cenário de judicialização vivido pelo município, qualificar as defesas nos processos judiciais, eventualmente, a depender do cenário, implantar núcleos de apoio técnico, além de outras estratégias que também poderão ser pensadas para enfrentar esse desafio.

Thais: Hoje, além da imposição de aquisição de medicamentos pelas decisões judiciais, tem-se também como demanda judicial emergencial a questão do acesso aos leitos de UTI, exames, cirurgias, entre outros. Se tal demanda ainda não bateu na sua porta, Gestora, esteja certa que um dia ainda vai bater, afinal, este é um assunto complexo (que envolve vários aspectos dentro da saúde pública) e extremamente preocupante para a gestão.

Geralmente, as decisões judiciais que impõe ao gestor o “cumpra-se em 24h”, desconsideram a capacidade física, instalada e operacional do município e de sua referência, não aborda os gargalos da regulação, financiamento e muito menos a implementação de redes de atenção à saúde e o fortalecimento da regionalização do SUS, a descentralização das ações e serviços para as regiões de saúde.

Importante ressaltar que a pandemia que vivenciamos iniciada no ano de 2020 trouxe ainda mais complexidade ao cenário, pois muitos atendimentos e serviços foram interrompidos ou tiveram sua oferta reduzida em razão da covid-19. Isso certamente ocasionou um represamento de ações e serviços a serem realizados em 2021, além do agravamento de algumas condições crônicas que não puderam ser devidamente acompanhadas no ano que passou, o que deverá ser olhado com muito cuidado e planejamento, sob pena de gerar um crescimento da judicialização.

8 Cf. Suspensão de Tutela Provisória (STP) 127, disponível em: <http://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=5690120>

Thaís: Estou pensando aqui em estratégias para orientar como lidar com a judicialização em Céu Azul: (passo a passo – quadro)

- Criação de Grupo de trabalho permanente sobre judicialização da saúde composto por técnico da Assistência Farmacêutica, técnico da área da regulação, do controle interno e da assistência social.

FINALIDADE DO GT:

- *produzir diagnóstico da judicialização e constituir-se em equipe de referência para subsidiar pareceres para recursos frente a decisões judiciais e discussões mais qualificadas com a procuradoria do município*
- *apoiar a construção e qualificação da REMUME (ver capítulo 5) a partir da real necessidade de saúde da população de Céu Azul.*
- *orientar procedimentos para a garantia da regularidade de abastecimento de insumos e medicamentos (ver capítulo 6 -*
- *apoiar a qualificação das equipes municipais para uso da REMUME e de protocolos clínicos normatizados pelo SUS, com especial atenção para a prescrição médicas fora das normativas*
- *apoiar a busca ativa de usuários demandantes da judicialização visando identificar sua hipossuficiência financeira*
- *participar do processo de planejamento do município (VER capítulo 3) visando pautar a adequação do acesso e capacidade do município frente a necessidade da população, considerando inclusive o contexto da pandemia de coronavírus e suas consequências diretas e indiretas*
- *criar relatórios para monitoramento e avaliação bem como subsidiar a programação*
- *Elaborar proposição de temas afins para debate na CIR visando estabelecimento de responsabilidades, principalmente no acesso as referencias de media e alta complexidade regionais e estaduais*

É inquestionável a relevância de espaços de debate, propostas e reflexões (câmaras de conciliação e mediação, núcleos de apoio técnico, por exemplo) para que todas as questões que afligem a gestão possam ser enfrentadas em conjunto com o Judiciário, Ministério Público e Defensoria em prol não apenas do direito individual de um cidadão, mas do fortalecimento como um todo do Sistema Único de Saúde.

Isso é tão verdade, que em 2018 a Lei de Introdução as Normas do Direito Brasileiro (LINDB⁹), sofreu uma grande alteração, inserindo dispositivos que impactarão sobremaneira na gestão pública, na segurança jurídica no âmbito do Direito Público. As decisões nas esferas administrativa, controladora e judicial deverão levar em consideração a realidade fática, as peculiaridades locais em que se insere o SUS, não se pode decidir com base em um valor jurídico abstrato sem levar em consideração as consequências práticas da decisão.¹⁰

Considerando que neste cenário a gestão municipal lida com diferentes instituições com responsabilidades distintas, convém esclarecer quais são os papéis qual a correlação dessas demandas judiciais com o Judiciário, Ministério Público e Defensoria-Pública.

MINISTÉRIO PÚBLICO

A Constituição estabelece em seu Art. 127¹¹ que cabe ao órgão ministerial, instituição permanente e essencial à função jurisdicional do Estado, a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis. Entre as atribuições estão:

- *receber denúncias e reclamações da população e instaurar ações judiciais no Poder Judiciário*
- *expedir recomendações para órgãos públicos para que os agentes públicos possam agir conforme o mandamento constitucional e infraconstitucional, celebrando termo de ajustamento de conduta (TAC¹²).*
- *Zelar pelo patrimônio público e pelo efetivo respeito aos direitos e interesses indisponíveis proclamados pela nossa Constituição.*

9 O Decreto-Lei 4.657 de 1942 - Lei de Introdução as Normas do Direito Brasileiro, LINDB, é uma norma de sobredireito, *lex legum*, com um conjunto de regras e princípios que orientam a interpretação, aplicação, vigência, revogação, entre outros temas sobre o ordenamento jurídico brasileiro.

10 LINDB:

Art. 20. Nas esferas administrativa, controladora e judicial, não se decidirá com base em valores jurídicos abstratos sem que sejam consideradas as consequências práticas da decisão. (Incluído pela Lei nº 13.655, de 2018)

11 CRFB/88, Art. 127. O Ministério Público é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis.

12 Conselho Nacional do Ministério Público. Portal de Direitos Coletivos – o que é termo de ajustamento de conduta.

DEFENSORIA PÚBLICA

Tem respaldo constitucional na promoção dos direitos humanos e na defesa dos direitos individuais e coletivos, nos termos do Art. 134 da CRFB/88¹³. Tem entre as atribuições:

- *prestar orientação jurídica*
- *exercer a defesa dos necessitados em todos os graus de jurisdição*
- *promover, prioritariamente, a solução extrajudicial dos conflitos visando sua adequada solução consensual.*¹⁴
- *propor a celebração de um TAC*

Poder Judiciário

Para falarmos da função do judiciário é importante rememorar um princípio que é o da inafastabilidade da jurisdição. Isto pois, é também um direito de todos ter acesso ao Poder Judiciário quando se sentirem lesados ou com a ameaça de lesão a um direito, de modo que surgirá aí a atuação do estado-juiz para dar uma solução ao caso concreto. É o que diz o Art. 5º, inciso XXXV¹⁵ da nossa Constituição Cidadã.

A decisão judicial que chega na mesa do gestor impõe uma medida a ser adotada pela gestão, um comando ao qual o gestor terá que cumprir no prazo consignado na decisão, sob pena de incorrer em crime de desobediência. (ver capítulo 8 – licitação dispensável)

Thaís aponta para Júlia a necessidade de reflexão entre os diversos atores sociais para enfrentar o tamanho desafio da judicialização visando aprimorar o nosso sistema de saúde. Resta claro que seja qual for o modo utilizado para driblar as altas demandas de judicialização o conhecimento técnico, de gestão - em todos seus aspectos financeiro-orçamentários, planejamento etc., é o nosso maior aliado.

13 Art. 134. A Defensoria Pública é instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbendo-lhe, como expressão e instrumento do regime democrático, fundamentalmente, a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados, na forma do inciso LXXIV do art. 5º desta Constituição Federal. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 80, de 2014)

14 Lei Complementar nº 80 de 1994 - Organiza a Defensoria Pública da União, do Distrito Federal e dos Territórios e prescreve normas gerais para sua organização nos Estados, e dá outras providências. Art. 4º, incisos I – prestar orientação jurídica e exercer a defesa dos necessitados, em todos os graus; e inciso II – promover, prioritariamente, a solução extrajudicial dos litígios, visando à composição entre as pessoas em conflito de interesses, por meio de mediação, conciliação, arbitragem e demais técnicas de composição e administração de conflitos;

15 CRFB/88, Art. 5º, inciso XXXV - a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;

Para tanto, instrumentalizar os assessores e procuradores jurídicos¹⁶ que lidam diariamente com a judicialização com informações técnicas da política pública de saúde agregará positivamente no diálogo interinstitucional, na defesa administrativa e judicial da gestão da saúde.

Nesse contexto de soluções alternativas à judicialização, o TAC surge como um acordo extrajudicial firmado, em regra, entre o Ministério Público ou Defensoria Pública e o órgão público municipal.

O Termo de Ajustamento de Conduta é um instrumento legal, previsto na Lei n.º 7.347 de 1985¹⁷. O objetivo do TAC é prevenir, reparar ou fazer cessar os danos em questão, impondo uma obrigação de fazer, de não fazer, dentre outros compromissos. E por ser o TAC um instrumento com eficácia de título executivo, em caso de descumprimento, poderá sujeitar a parte ao pagamento de multa e quem sabe uma execução das obrigações pactuadas.

Então, faz-se necessário ao gestor do SUS, caso lhe seja proposto a assinatura de um termo de ajuste, o conhecimento das consequências (prós e contras) do termo a fim de ponderar, no caso concreto, se é viável firmar ou não o TAC.

O Código de Processo Civil (CPC) de 2015¹⁸, por sua vez, tem dentre suas normas fundamentais a previsão de que cabe ao Estado promover, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos.¹⁹

16 Pelo Código de Processo Civil de 2015, no Art. 75, inciso III prevê que o ente municipal poderá ser representado em juízo pelo prefeito ou pelo procurador. Diversamente do que ocorre com o ente público estadual e federal os quais são representados por procuradores - advogados públicos, organizados em carreira e admitidos por concurso público. Assim, pela ausência de previsão expressa na Constituição e na lei processual civil da necessidade de concurso público para a contratação de procuradores jurídicos municipais, a defesa judicial e extrajudicial do município, especialmente das secretarias municipais de saúde não são acompanhadas, via de regra, pela qualidade técnico-jurídica imprescindível para o enfrentamento e para o diálogo sobre a judicialização do SUS.

17 Art. 5º, §6º da lei 7.347/85 - disciplina a ação civil pública e prevê que os órgãos públicos legitimados poderão tomar dos interessados compromisso de ajustamento de sua conduta às exigências legais, mediante cominações, que terá eficácia de título executivo extrajudicial.

18 Art. 174 do CPC/15:

Art. 174. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios criarão câmaras de mediação e conciliação, com atribuições relacionadas à solução consensual de conflitos no âmbito administrativo, tais como:

I - dirimir conflitos envolvendo órgãos e entidades da administração pública;

II - avaliar a admissibilidade dos pedidos de resolução de conflitos, por meio de conciliação, no âmbito da administração pública;

III - promover, quando couber, a celebração de termo de ajustamento de conduta.

19 Código de Processo Civil, Lei n.º 13.105 de 2015, Das Normas Fundamentais do Processo Civil:

Art. 3º Não se excluirá da apreciação jurisdicional ameaça ou lesão a direito.

§ 1º É permitida a arbitragem, na forma da lei.

§ 2º O Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual dos conflitos.

§ 3º A conciliação, a mediação e outros métodos de solução consensual de conflitos deverão ser estimulados por juizes, advogados, defensores públicos e membros do Ministério Público, inclusive no curso do processo judicial.

E estabelece, ainda, que os entes públicos criarão câmaras de mediação e conciliação para por exemplo, dirimir conflitos envolvendo órgãos e entidades da administração pública, podendo, quando for o caso, celebrar termo de ajustamento de conduta. Como os NAT - Núcleo de Apoio Técnico que foram criados em alguns Municípios.

O NAT é constituído por meio de um Termo de Cooperação Técnica firmado entre o executivo e o judiciário. Através do NAT são elaborados pareceres técnicos que municiam os operadores do direito com informações sobre a política de saúde desenvolvida, entre outros assuntos afetos à assistência à saúde.

No Estado onde se localiza Céu Azul, pioneiro na instituição do NAT, foram criadas alternativas à judicialização com o compartilhamento de informações técnicas inerentes à gestão de saúde (função consultiva) fomentando o diálogo entre as instituições a fim de articularem soluções administrativas prevenindo e em certos casos até mesmo evitando a judicialização (função resolutive).

Concluindo, Thais aponta que não basta ter argumentos jurídicos embasados na legislação do SUS e resumidos na expressão “saúde como direito de todos e dever do Estado”, é preciso que todos juntos (Executivo, Legislativo, Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Advocacia Pública e sociedade) cuidem de implementar, na medida de suas competências e atribuições, a ordem social estabelecida na Constituição com todo o alcance que se espera das normas jurídicas, deixando de ser uma “carta de intenções”, sob pena de fragilizar e fragmentar o nosso SUS.

PARA SABER MAIS:

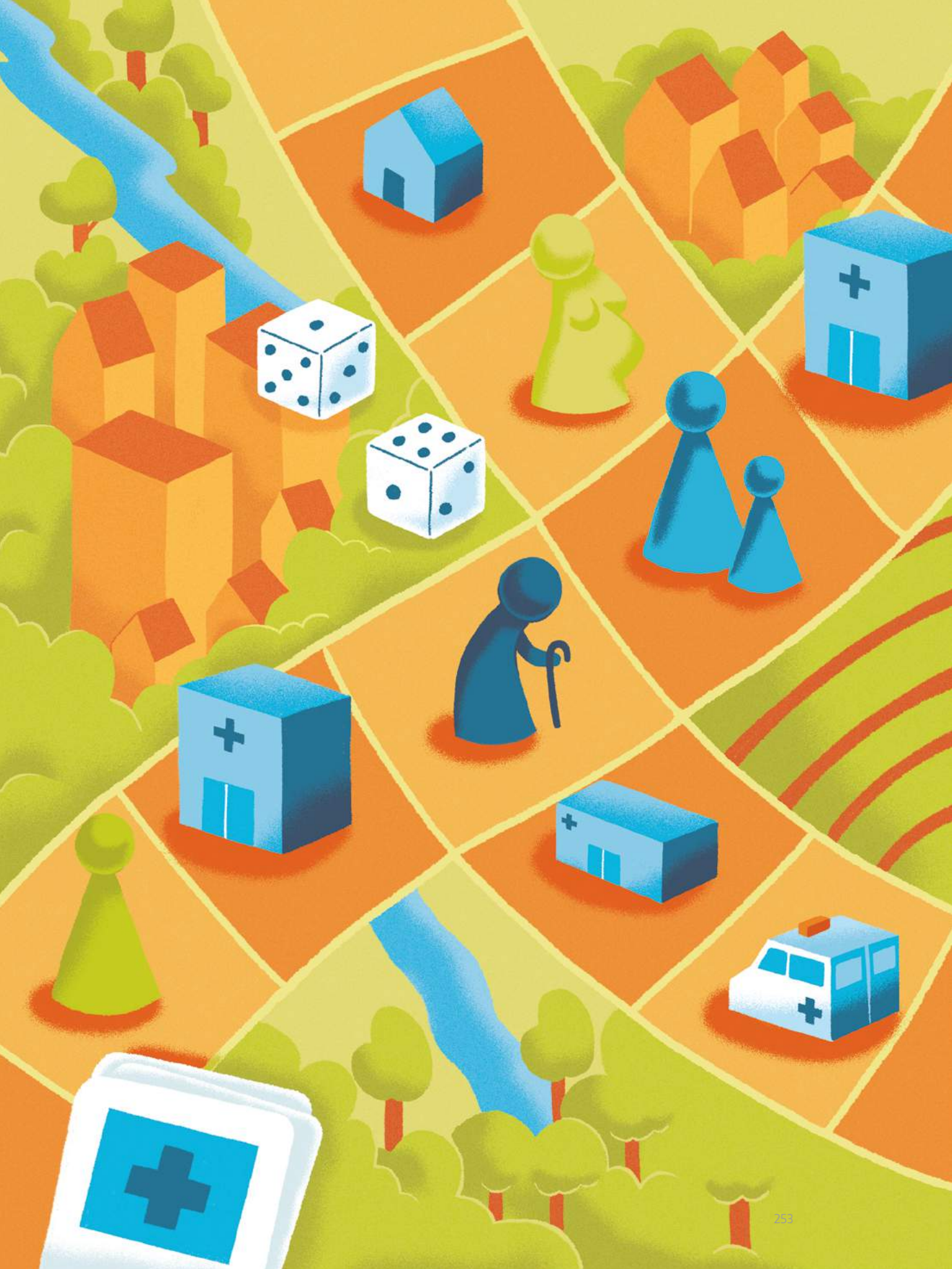
Coletânea direito à saúde: Os desafios vinculados aos diálogos institucionais. CONASS, p.19

CAPÍTULO

10

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NO TERRITÓRIO

Olga aprendeu ao longo dos quatro anos de sua primeira gestão municipal, que na medida em que ela conseguia induzir uma melhora na Atenção Básica, menos pacientes do seu município eram encaminhados para serviços de saúde fora do município. Parecia haver uma relação direta entre o aumento do número de equipes e a diminuição dos encaminhamentos.



Isso a fez pensar que se a Atenção Básica resolve a maioria das causas de procura em uma unidade, então uma estratégia de qualificação das equipes para um melhor desempenho também diminuiria os encaminhamentos externos ao município além da consequente melhora no gradiente de saúde¹, pessoas mais saudáveis.

Entretanto, o município de Olga vivia algumas situações estranhas em relação à esta atenção necessária e referenciada para fora, para que se garantisse o tratamento completo das pessoas, um tratamento integral. Não havia homogeneidade no acesso às especialidades ou hospitalar. Algumas ofertas de especialidades com vagas que nem sempre eram ocupadas, sobravam. Em outras havia uma fila de meses.

Cumprindo o calendário de reuniões da CIR, os secretários municipais de saúde da região de Vale Feliz, reúnem-se mais uma vez com o coordenador da região pela SES, Jorge e a apoiadora regional do COSEMS, Vitória. Um dos pontos de pauta é a avaliação da rede de atenção à saúde da região. Foi solicitado que cada secretário fizesse sua exposição.

Vitória sugere que Olga comece a relatar a sua experiência de realização de uma oficina de avaliação em seu município, da qual participou como convidada.

Olga então inicia ponderando que, apesar de todo avanço da AB de seu município nos quatro últimos anos, foram identificadas algumas questões que dificultaram os encaminhamentos para referência e fluxos de organização da RAS na região que precisam ser discutidos nesse fórum.

O: - O primeiro caso foi de uma gestante de 16 anos, que apesar de ser moradora de área coberta por uma equipe de saúde da família, só acessou a mesma em seu último trimestre de gestação. Conseguimos que ela ainda fizesse 3 (três) consultas de pré-natal.

V:- Olga, conta como foi o desdobramento desse caso? Alguém da região acompanhou o caso?

O: A equipe de AB da Estratégia de Saúde da Família responsável pela gestante teve muita dificuldade em acompanhar o caso, pois além do início tardio do pré-natal, ela apresentava queixas de fortes dores articulares, falta de ar, cansaço e tonteados, que não melhoravam com nenhum analgésico. Conversando com sua mãe, que infelizmente, só apareceu na última consulta, ela relatou que esses sintomas apareceram antes da gestação. A minha Coordenadora de AB, a Valéria, junto à equipe que a atendeu, atentaram ao fato que esse conjunto de sinais e sintomas tinham uma relação direta com as especificidades da saúde da mulher negra que

1 COSTA, AJL. Metodologias e indicadores para avaliação da capacidade funcional: análise preliminar do Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD, Brasil, 2003. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 927-940, Dec. 2006.

apresentam um elevado risco de serem portadoras do traço falcêmico (anemia falciforme), sendo solicitados então um conjunto de exames². Com o resultado veio a confirmação de doença falciforme e fizemos o encaminhamento para o especialista.

I: Olga, vocês conseguiram rapidamente?

O: Infelizmente não! Tentamos até um telefonema para um colega de turma do médico da equipe, mas não conseguimos.

J.C: Fiquei sabendo do caso porque a paciente quando deu entrada na nossa maternidade apresentou uma crise fortíssima de dores articulares e falta de ar, entrando em trabalho de parto em seguida. Solicitamos à equipe da AB de Vila SUS seu histórico e só então soubemos do diagnóstico de Anemia Falciforme.

J: Como assim??? Olga, não houve a comunicação entre a AB e a maternidade? A gestante não levou a caderneta? Cadê esse Agente Comunitário de Saúde? Ele é crucial nessa relação!

O: Essa é a razão dos meus cabelos brancos!!! – (fala suspirando) - realmente tem acontecido ainda esse tipo de problema de integração da rede, que tem a ver com a organização do cuidado no território na perspectiva da integralidade. Isso significa que, tanto os profissionais, como os gestores, devem compreender que a construção RAS e sua operacionalização pode ultrapassar os limites territoriais do município. Se o Hospital em questão estiver situado em outros municípios na prática se trata de um serviço que integra a mesma rede de atenção à saúde da Vila SUS, juntamente com as unidades de AB. E vou além, essa dificuldade é sentida principalmente pelos municípios de pequeno porte, como o nosso, justamente porque a nossa rede é formada por unidades básicas e serviços especializados, sendo boa parte destes oferecidos e localizados em outros municípios e dependendo do especialista, só encontraremos na rede estadual ou até em outros estados. Pra vocês entenderem a complexidade do caso, a mãe ainda desenvolveu depressão pós-parto e eu estou sem psicólogo no NASF. Vamos ter que pensar alguma alternativa para qualificar esse cuidado tanto da mãe, quanto do bebê.

2 O exame de eletroforese de hemoglobina é contemplado nos exames complementares do pré-natal quando a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica.

BRASIL. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Cadernos da Atenção Básica nº 32. Brasília, DF, 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf.

Nesse momento todos ficaram reflexivos pensando nos problemas de seus municípios e Jorge, pensando em como apoiar pelo estado.

J: Eu sabia do caso, mas acredito que há de se melhorar o canal de integração no âmbito da RAS entre a AB e unidades hospitalares e especializadas, com o objetivo de fortalecer o papel de centro de comunicação da AB na rede. Afinal, a AB não é a ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado?

O: Um momento! A dificuldade da rede não está só da AB, não! Nesses dois anos tenho investido bastante na sua melhoria. Ainda está longe da perfeição! Creio que nosso desafio agora é, para além de fortalecer a AB, coisa que eu já venho fazendo, tomarmos mais decisões com deliberações que garantam o compromisso e papel de cada gestor com a responsabilidade pública com a integralidade do cuidado. Isso que é garantir o direito à saúde! A atenção especializada precisa também modificar seus processos de trabalho e integrar com a equipe da atenção básica para que o projeto terapêutico tenha o melhor curso. E isso é responsabilidade de todos nós!

V: Jorge, nesse aspecto que Olga levantou, temos o compromisso tripartite, referendado pela bipartite, pelos comitês executivos da RAS macrorregional e pelas CIR em apoiar a regionalização da saúde envolvendo todos os gestores dos municípios para que entendam, de uma vez por todas, que não é possível uma RAS sem uma AB forte em cada município e bem articulada com as unidades especializadas e os serviços hospitalares – também urgência e emergência - mesmo que ultrapassem os limites do seu próprio território.

J: A Olga tem razão! De fato, não é somente AB de Vila SUS que deve estar organizada, e sim AB de todos os municípios que compõem a região. Acredito também num papel mais pró ativo das unidades hospitalares e especializadas nesse movimento de integração.

Olga percebe desde o final de sua gestão anterior, que a RAS – Rede de Atenção à Saúde se apresenta como tema complexo. Por um lado, um grande número de formas gerenciais de serviços de saúde especializados (consórcio público de saúde, OS, PPP, etc - com alta rotatividade de profissionais de saúde), e por outro lado as necessidades de atuação clínica do profissional de saúde em rede com o especialista para efetivação do cuidado em saúde, monitoramento do plano de cuidado e projeto terapêutico.

No diálogo, Olga reforça que a dificuldade da rede não está só na AB, pois a resolutividade das ações na AB é dependente em certa medida de outros níveis de atenção que compõem a rede de cuidado, ou seja, sem a retaguarda da média complexidade, por exemplo, a AB não alcançará seu status de ordenadora da rede e organizadora do cuidado.

Para muitos que lidam com o planejamento do SUS local a RAS é considerada ao mesmo tempo causa e solução dos problemas assistenciais vivenciados pelos gestores em todas as esferas federativas e principalmente pelos usuários. Olga finaliza sua intervenção, explicando que alguns princípios, diretrizes e práticas de gestão relacionadas à rede de atenção à saúde³ têm contribuído para a reorganização da atenção à saúde no sentido da ampliação do acesso com equidade, da melhoria da qualidade, da integralidade e da garantia de direitos. Para implementar um novo processo de gestão em Vila SUS na gestão anterior, teve que lidar com questões que precisou estudar e analisar criticamente junto à sua equipe buscando o melhor desenho possível e a modelagem da RAS, considerando a logística da jornada do usuário no processo do cuidado em saúde e as respostas que o cuidado à saúde estava provendo à população.

Para isso precisou entender a diferença entre RAS - Rede de Atenção e RRAS - Rede Regionalizada de Atenção à saúde. Diferença entre RAS e Linha de Cuidado, itinerários terapêuticos, cuidado organizado por ciclos de vida, por condição aguda e/ou crônica, por doenças transmissíveis, por causas externas, para compreender porque a rede de atenção é única, mas organizada por diferentes formas que muitas vezes se cruzam em diferentes momentos. Isso é importante para que as necessidades dos cidadãos possam ser observadas em sua totalidade e que estes não sejam apenas encaixados em redes de cuidado pré-estabelecidas.

Convém destacar que a rede de atenção à saúde⁴ deve ser organizada na perspectiva da integralidade do cuidado e pensada como parte de uma ampla rede de produção de saúde⁵, o que requer de Olga, assim como os demais gestores municipais, se apropriarem de noções, conceitos, diretrizes e normativas importantes tanto para sua construção, como sua operacionalização.

Um deles é o entendimento de Atenção à Saúde, que significa incluir na oferta dos serviços de saúde, as ações de assistência à saúde, de promoção, de prevenção, reabilitação, de vigilância, da assistência farmacêutica e apoio diagnóstico. Para sua operacionalização será preciso a garantia de transporte sanitário, de manutenção de sistemas de registro e informação, de processos de regulação da atenção, e de ações ambientais e políticas que possam interferir na conformação dos determinantes

3 KUSCHNIR, R; CHORNY, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010.

4 SILVA, SF et al. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. In: **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2008. p. 201-201

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

sociais de saúde⁶.

É preciso entender que os processos assistenciais são parte integrante e não a totalidade da rede de atenção à saúde⁷. São aqueles circunscritos em serviços de saúde e seu território de responsabilidade, realizados pelos trabalhadores de saúde, geralmente definidos a partir de sua leitura ‘técnica’ das necessidades humanas de saúde apresentada na forma de demanda (queixa, pedido ou situação apresentada/detectada) pela população. Desse modo, construir RAS inclui processos complexos, além da necessária conexão de pontos assistenciais e fluxos de atendimentos⁸.

Atualmente tem-se utilizado o conceito de rede no singular, isso quer dizer que na prática existe uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) constituída por uma a população específica, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. Essa RAS é organizada por diferentes linhas de cuidado e/ou temáticas, onde o usuário pode estar vinculando a mais de uma linha simultaneamente, expressando assim, a subjetividade do indivíduo e a integralidade do cuidado. Dessa forma, incorporar ideia de integralidade do cuidado como vetor ético-político-organizativo de orientação das práticas eficazes na construção da RAS e na organização do cuidado no território se torna uma exigência irrefutável para a gestão municipal da saúde. Isto significa assumir a centralidade no usuário cujo planejamento e organização do cuidado seja capaz de não o reduzir a objeto ou uma doença.

Partimos do pressuposto que o cuidado em saúde não é apenas um nível de atenção do sistema de saúde ou um procedimento técnico simplificado, mas uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como o ‘direito de ser’. Pensar o direito de ser na saúde é ter ‘cuidado’ com as diferenças dos sujeitos – respeitando as relações de etnia, gênero e raça – que são portadores não somente de deficiências ou patologias, mas de necessidades específicas⁹. Saúde é direito de todos e dever do Estado é o que preconiza a Constituição de 1988!

6 BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde; 1997 e NARVAI, PC; PEDRO, PFS. Práticas de saúde pública. et al. In: Saúde pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 269-297 e DEMARZO, MMP. Reorganização dos sistemas de saúde: promoção da saúde e Atenção Primária à Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS| UNIFESP, 2011;

7 TEIXEIRA, RR. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. San Diego: University of California, 2004. Working-paper apresentado na Research Conference on: Rethinking “thePublic” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin América.

8 MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

9 Ver Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio Cesar França Lima. 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

'Cuidado em saúde' é o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento – em grande medida fruto de sua fragilidade social –, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas. Como prática é uma ação integral fruto do 'entre-relações' de pessoas, tais como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo.

Para que a RAS se configure como produtora de saúde, deve ser capaz de fomentar, suportar e fortalecer práticas cuidadoras. Entende-se o cuidado em saúde¹⁰ como uma ação resultante da interação entre usuários, trabalhadores e gestores que sob a ótica da integralidade não se limita apenas às competências e tarefas técnicas. Abarcando dessa forma, o acolhimento, o vínculo e uma escuta qualificada dos usuários em suas demandas e necessidades de saúde. Trata-se de uma atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento como escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e história de vida. Se, por um lado, o 'cuidado em saúde', seja dos profissionais ou de outros relacionamentos, pode diminuir o impacto do adoecimento, por outro, a falta de 'cuidado' – ou seja, o descaso, o abandono, o desamparo – pode agravar o sofrimento dos pacientes e aumentar o isolamento social causado pelo adoecimento¹¹.

Tomando como referência o caso apresentado por Olga na reunião da CIR, podemos identificar que para construir a RAS na perspectiva da integralidade do cuidado, requer assumir o principal atributo da AB como ordenadora do sistema municipal de saúde – a longitudinalidade do cuidado. Tal conceito significa acompanhar o usuário ao longo do tempo na sua busca por resolução de suas demandas e necessidades nas redes de serviços de saúde.

Muitos na área de saúde partem do entendimento que aumentar a oferta assistencial (de procedimentos) é o único caminho para uma melhoria da qualidade de vida e saúde das populações sob sua responsabilidade. É importante ressaltar que não basta ampliar a oferta de serviços e procedimentos sem a devida articulação do cuidado com ações de outros setores, partindo do princípio que o processo de adoecimento não é somente biológico, e sim o conjunto da ação de fatores sociais e subjetivos no território. Caso esses fatores não sejam considerados, podemos ter uma oferta pautada em estratégias que ignorem ou desmereçam a história de vida ou

10 PINHEIRO, R. Cuidado em saúde IN: Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio Cesar França Lima. ñ 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p

11 O modelo biomédico que orienta o conjunto das profissões em saúde, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar leões e doenças, afastou-se do sujeito humano sofredor como totalidade viva e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o 'cuidado' integral à saúde. Entretanto, mais do que o diagnóstico, os sujeitos desejam se sentir cuidados e acolhidos em suas demandas e necessidades. Ver Pinheiro, R. Cuidado em Saúde IN: Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio Cesar França Lima. ñ 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

dos percursos já traçados por dentro da rede pelo usuário¹². Não podemos ignorar que boa parte dos serviços de saúde utilizados contribuem para os processos de medicalização¹³ e produzem mais dependência e adoecimento.

Frequentemente a atenção à saúde é tida como fragmentada, descontínua, dispendiosa, focal e pautada pela necessidade de “apagar incêndios”. A agenda de gestores e trabalhadores está diariamente tomada por processos burocráticos e que têm baixa capacidade de gerar os resultados de saúde esperados. Esse é o diagnóstico geral que tem justificado a adoção da RAS¹⁴. Por isso é fundamental que o gestor municipal de saúde se aproprie desses conceitos auxiliando na operacionalização de uma rede integrada, no planejamento e monitoramento.

Nesse propósito, é preciso partir do entendimento que, seja qual for o território, já existe nele redes de produção de saúde, cujas práticas necessitam de um acompanhamento das equipes, conjuntamente com gestores e usuários para avaliar se são cuidadoras ou não. Quando um serviço de saúde é implantado em um território há necessariamente uma interferência causada nestas redes. Essa interferência poderá causar uma nova conformação, seja potencializando-as e ampliando práticas de cuidado ou, pelo contrário, promover práticas clínicas degradadas ou pautadas apenas em oferta de procedimentos técnicos e reducionistas.

12 Na tentativa de manter esses fatores no “radar” da formulação de políticas mais abrangentes, podemos a existência das trajetórias assistenciais como práticas que permitem conhecer e analisar as experiências de adoecimento do usuário, como escolhe e a avalia, e se adere ou não aos tratamentos prescritos, mas em redes sociais, que podem incluir ou não as redes de serviços. Ver Pinheiro, R.; Silva Junior, A.G.; Mattos, R.A.(Orgs). Atenção Básica e Integralidade: Contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008. 360 P

13 Medicalização é o processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber - produzido cientificamente em uma estrutura social - de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem, como objetivo, a intervenção política no corpo social. Cf. LUZ, Madel Therezinha. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro, Campus, 1988; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas: diagnose e terapêutica: médicos e pacientes no dia-a-dia institucional. (Relatório técnico final da segunda fase do projeto Racionalidades Médicas). Rio de Janeiro, Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ, 1997. Cf. também, a série de relatórios, seminários e trabalhos produzidos para o Projeto Racionalidades Médicas, arquivados na biblioteca do IMS/UERJ.

14 SILVA et al, 2008; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010; KUSCHNIR, R; CHORNY, AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, p. 2307-16, 2010 e MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

Construir RAS adotando-se objetivos congruentes com os princípios e diretrizes do SUS, significa interferir e modificar essas conexões existentes e mobilizar novas. O desafio do gestor do SUS atualmente é apostar que os resultados com os métodos aqui propostos são realmente superiores em termos de produção de saúde e qualidade de vida. Mas ao mesmo tempo defender esses princípios e diretrizes do SUS sempre significa lutar contra forças estabelecidas bem financiadas e poderosas, para as quais os fracassos do SUS interessam.

No diálogo, Olga, secretária de saúde de Vila SUS, reforça que a dificuldade da rede não está só na AB, e de fato ela está correta, a resolutividade das ações na AB é dependente em certa medida de outros níveis de atenção que compõem a rede de cuidado, ou seja, sem a retaguarda da média complexidade, por exemplo, a AB não alcançará seu status de ordenadora da rede e organizadora do cuidado. Na semana seguinte à reunião da CIR, Olga recebe Vitória, para uma oficina de trabalho reunindo a equipe de gestão da secretaria. Vitória propõe os seguintes Princípios Organizativos para a construção da RAS em Vila SUS:

V: Olga temos os seguintes processos organizativos: 1º) Elaboração de análise situacional da RAS, 2º) Configuração da Base Territorial da RAS, 3º) Definição dos Serviços ofertados pela RAS, 4º) Ampliação da capacidade de inclusão da Rede e 5º) Coordenação das ações em rede

Elaborando a análise de situação da RAS atual

Algumas questões necessitam ser bem conhecidas e avaliadas pelos gestores municipais quando se trata de equacionar as condições para garantia da integralidade em saúde na sua região.

- Como se organiza a RAS na região?
- Qual a produção destes serviços? Há avaliação qualitativa destes serviços (pesquisas de satisfação, ouvidorias, demandas dos conselhos locais de saúde, entre outras).
- Como estão os indicadores de saúde?
- Quem são os gestores dos serviços que compõem a RAS e quais serviços são ofertados?
- Qual a natureza dos serviços (público, filantrópico, privado conveniado, consórcios, etc.) e o grau de participação na produção de ações para a saúde
- Quem financia (município, estado e união) qual serviço e quanto (valores programados e/ou pactuados)? Como são os contratos?
- Quais as dificuldades de mobilização política para o investimento na RAS?
- Quais as dificuldades para encaminhar pacientes na região?

De posse destas informações os gestores devem se reunir para discutir como instituir um processo de planejamento permanente na região de forma

que a gestão da RAS seja uma prática de constante evolução para a garantia da integralidade. Este espaço deve ser a CIR. Torna-se necessário avaliar a capacidade governativa da CIR em relação à RAS. Se os serviços estão todos nos territórios de abrangência da CIR, este será o seu espaço de governança onde o estado e os municípios desenvolvem uma gestão colaborativa da RAS e das demais áreas do SUS. Se a RAS se desenha além dos territórios da CIR e abrange a gestão de outras CIR não há que se falar em autonomia destas para a governança da RAS. Este espaço de governança deve se dar no âmbito da Macrorregião. São territórios maiores na regionalização do SUS. Neste caso, há que se discutir como se dará a participação dos municípios nas macrorregiões.

No SUS a relação entre entes federados regionais se dá por meio das Comissões Intergestores Regional (CIR). Esses espaços são caracterizados como ambientes propícios ao desenvolvimento de cogestão e de identidades coletivas, marcados por consensos e dissensos entre atores envolvidos, uma vez que a identidade coletiva não é algo dado ou uma essência, mas um produto de trocas, negociações, decisões e conflitos*.

* MELUCCI, A. *A invenção do presente*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

Configurando a base territorial da Rede¹⁵

O princípio estruturante de um sistema de saúde municipal e regionalizado é sua base territorial. Do ponto de vista formal, o sistema municipal de saúde se refere ao território municipal, suas fronteiras e suas vizinhanças. Agregam-se a esse território municipal as relações de corresponsabilidade solidária, entre municípios, estados e união, que conformam a regionalização da saúde.

Isso significa que cada serviço de saúde e cada área técnico-gerencial do sistema municipal de saúde deve assumir a responsabilidade de seu território definido, como forma de configuração da gestão do sistema municipal de saúde¹⁶.

Um conjunto de áreas define a abrangência de uma unidade básica de saúde, a qual comporta um conjunto de equipes. No nível da unidade básica de saúde deve ser configurado o primeiro nível de gestão do sistema municipal de saúde, o nível local.

A unidade básica de saúde, ou pelo menos uma equipe de saúde da família coordenada no nível local, articulando responsabilidade sanitária em seu território adstrito e população vinculada e identificada pelo cadastro, se configura como elemento chave, não apenas por ser porta de entrada assistencial para os outros níveis do sistema. Mas principalmente por resolver problemas de saúde, a

15 SILVA, SF et al. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. In: *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. 2008. p. 201-201

16 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

partir do estabelecimento de vínculos longitudinais com as famílias, indivíduos e comunidades. É precisamente essa forma longitudinal de vinculação que permite à AB coordenar a rede de atenção, articulando os diversos níveis do sistema.

Parte-se do pressuposto que toda a população necessita em algum grau de ações de atenção à saúde, realizadas pela AB, mas que, a cada período, apenas uma parcela da população necessitará das ações de outros pontos de atenção¹⁷. Entende-se ainda, que quanto mais resolutiva a AB, menor a necessidade de atenção dos níveis complementares do sistema.

A territorialização é o processo que vai definir as necessidades de saúde dos grupos populacionais residentes no território municipal, sua conformação geopolítica, demográfica, cultural e sua distribuição territorial, conformando o Mapa da Saúde¹⁸. Esse mapeamento permite avaliar se a capacidade instalada e operacional está bem distribuída, propicia planejar como expandir serviços ou modificar a distribuição daqueles existentes. Além disso, permite ao gestor municipal e sua equipe dialogar, negociar, incluir e justificar junto à comunidade e controle social¹⁹ suas tomadas de decisão, com maior transparência.

Reforça-se aqui o sentido de um território dinâmico e vivo*. Nesta perspectiva o processo de territorialização e de outros instrumentos de mapeamento devem ser constantemente atualizados pela equipe de saúde, tanto em âmbito local, quanto na organização da rede regional e macrorregional de atenção à saúde.

(* SANTOS, M. *O país distorcido*. In: RIBEIRO, W.C. (Org.). São Paulo: Publifolha, 2002.)

Trata-se, portanto, de ter clareza sobre as necessidades de saúde identificadas no território, o que possibilita qualificar a atuação do gestor municipal, bem como a integração de ações e serviços de saúde nos espaços de governança²⁰ e planejamento regional²¹ tais como na CIR, na macrorregião e na CIB.

17 Os serviços especializados (próprios ou não) também devem ser territorializados. Todavia, esses serviços se tornarão referência para um território mais amplo do que aquele definido para uma unidade básica de saúde.

18 BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados*. Brasília: CONASS, 2011. (CONASS Documenta, n. 23).

19 PARA SABER MAIS, VER CAP 1.

20 PARA SABER MAIS, VER CAP 1

21 PARA SABER MAIS, VER CAP 2

Definindo os serviços ofertados pela Rede

Ao Mapa de Saúde recomenda-se agregar a análise do desempenho qualitativo dos serviços existentes (próprios ou não), realizado através de seus indicadores de produção ou métodos ágeis para estimativa²², assim como avaliação na perspectiva do usuário²³. A configuração da rede de atenção dependerá de dois fatores: 1) das necessidades de saúde das populações; e 2) do desempenho atual dos serviços de saúde existentes.

É importante o gestor municipal, ao planejar sua rede, observar que se utilizar apenas a série histórica de ofertas e/ou o estado das filas de usuários em determinados atendimentos, poderá superestimar as demandas apresentadas. Isto porque esses aspectos não consideram o fenômeno da ‘peregrinação’ dos usuários no sistema, que em função de dificuldades de acesso e baixa resolução dos serviços, buscam outras alternativas de atendimento, o que acaba incentivando a formação de várias filas e consumindo vários tipos de atendimentos no sistema municipal.

Além disso, trabalhar com ‘demandas’ de serviços não é o mesmo que trabalhar com ‘necessidades’ de saúde. A população procura e solicita serviços que lhes são ofertados de alguma forma e/ou que acreditam que vão solucionar seus problemas de saúde. Se a rede transforma sua capacidade de produção em consultas individuais de baixa qualidade (solicitações de exames sem critério, encaminhamentos sem justificativa) as filas e o consumo de serviços serão cada vez maiores, sem nenhuma garantia de que a vida e a saúde dessas pessoas se tornarão melhor²⁴. Muitas vezes os serviços de saúde disponíveis em um território são contrários às reais necessidades de saúde da população, induzindo a formação de demandas baseadas na oferta de serviços realizados pelos prestadores públicos e/ou privados de um determinado território.

22 HUGH, A., & RIFKIN, S., 1988. Diretrizes para uma Estimativa Rápida Visando Avaliar as Necessidades de Saúde da Comunidade: Um foco sobre os melhoramentos da saúde para áreas urbanas de baixa renda. Liverpool: OMS. (Mimeo.) e DI VILLAROSA, F. N. A. Estimativa Rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário: Manual de Instruções. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, no 11. Brasília: OPS-Representação do Brasil, 1993.

23 Ouvidoria, Avaliação de Satisfação do Usuário, Conselho de Saúde, entre outros.

24 Quando auditadas as filas de espera para consultas de especialidades médicas, na maioria dos municípios brasileiros, o que se encontra é uma expressiva parcela de encaminhamentos que não se pautam em avaliação clínica minimamente adequada. Por outro lado, quando se analisa o funcionamento dos ambulatórios de especialidades médicas, encontramos expressivos percentuais de usuários vinculados que não necessitam de acompanhamento regular na atenção especializada, considerando seu estado clínico e estágio da doença. Esses fenômenos também acontecem na urgência e emergência e na atenção hospitalar e devem ser vistos como evidências dos efeitos históricos de se tentar aplacar ‘demandas por consumo’ por meio de ‘ofertas para consumo’, fortalecendo as conexões das redes de medicalização e do mercado da saúde.

A indução da demanda pela oferta ocorre quando as tecnologias em saúde disponíveis são utilizadas independentes das reais necessidades, apoiada pela relação não simétrica entre profissionais, usuários e prescritores de tecnologias. Nesse modelo de gestão da oferta, a organização de serviços é centrada nos prestadores e não nos usuários, muitas vezes estruturados por razões culturais, pela representação do poder político e por interesses de prestadores e da indústria da saúde*.

(* MENDES, E. V. *Desafios do SUS*. Brasília, DF: Conass, 2019.)

Para pautar o sistema municipal com enfoque nas necessidades de saúde²⁵, o gestor poderá basear-se em um mapa de saúde dos territórios, o que permitirá planejar e acompanhar o desempenho da rede²⁶. Além disso, contar com equipes de atenção que construam suas ofertas a partir de análise criteriosa das demandas da população.

Em qualquer nível de atenção, sobretudo na AB, a otimização e resolutividade da Rede de Atenção, está associada à capacidade de equacionar as ações que devem ser programadas e ofertadas à grupos populacionais específicos com ações que devem ser pensadas e levadas à cabo para resolver necessidades singulares de pessoas ou grupos²⁷.

A partir do perfil de morbimortalidade populacional é possível eleger focos prioritários do sistema para a programação de ações. Na forma de 'redes temáticas' ou na forma de 'linhas de cuidado'²⁸, pode-se compor um conjunto coerente de ações, articulando-se os diversos níveis de atenção, explicitando seus papéis e fluxos, incluindo não só os serviços assistenciais, como também os outros componentes das Redes (sistemas de informação e registro, transporte sanitário, regulação, apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, etc).

Para articular os grandes eixos de atenção à saúde, voltados para parcelas estratégicas da população, tem-se recorrido ao que se chama de 'Rede Temática' (Rede de Atenção Materno Infantil, Rede de Atenção às Urgências, Rede às Doenças Crônicas, etc). Quando o que se quer articular é a capaci-

25 CECILIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-26

26 PARA SABER MAIS, VER CAP 3.

27 PARA SABER MAIS, VER CAPÍTULO 11.

28 MERHY, EE; FRANCO, TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. 1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003 e FRANCO, TB; MAGALHÃES JÚNIOR, HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v. 2, p. 125-34, 2003.

dade de coordenação em eventos críticos, muitos gestores têm utilizado a denominação 'Linha de Cuidado' (Linha do AVC, do Infarto, da Insuficiência Cardíaca, etc), embora o conceito de linha de cuidado tenha outros sentidos.

Em outra perspectiva, o cotidiano do trabalho em saúde revela limites importantes na capacidade de prever demandas e programar ofertas. A complexidade da vida nos territórios força entrada nos serviços de saúde na forma de sofrimento, processos de vulnerabilização e adoecimento. Muitas equipes de saúde entendem que seu papel se encerra em ofertar o 'programa' previsto nas políticas oficiais de saúde (aos hipertensos e diabéticos - a medicação básica, às gestantes - o Pré-Natal, ao bebê - as ações de Puericultura, e assim por diante), procurando controlar o imenso número de variáveis e os infinitos desafios impostos pelo cotidiano.

Entretanto, essa postura não tem aliviado o sofrimento dos próprios trabalhadores e usuários, tão pouco ampliado a resolutividade dos serviços. Logo, é necessário que trabalhadores, gestores, redes e sistema de saúde, tenham postura acolhedora, capacidade de escuta qualificada e a formulação de ofertas singulares para essas situações não programáveis²⁹.

Ampliando a capacidade de inclusão da Rede

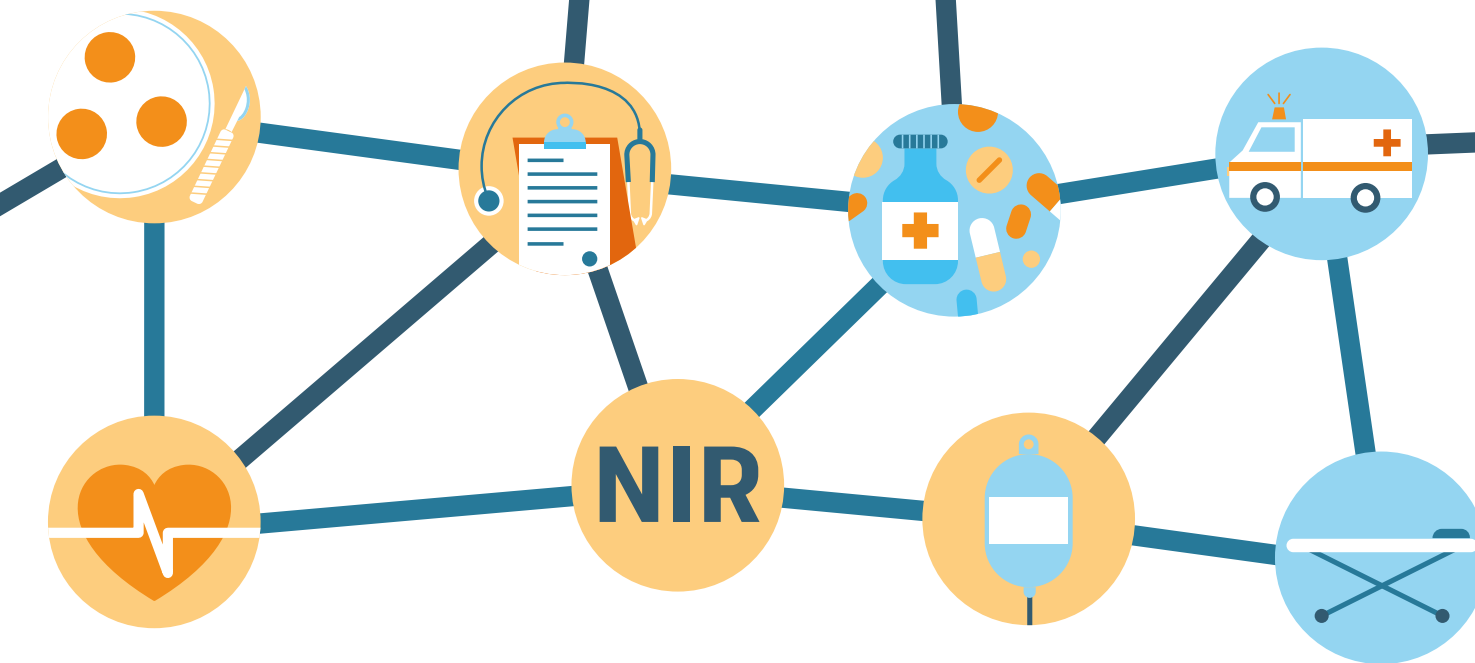
A rede de atenção só mostra sua real capacidade resolutiva quando se torna permeável às demandas populacionais e capta suas necessidades. Deve haver tantas Portas de Entrada³⁰ quanto possível. Isso quer dizer que é preciso configurar Portas de Entrada eficazes, capazes de estabelecer contato, escuta qualificada e ofertar vínculo³¹. Em razão disto se diz que a AB é Porta de Entrada preferencial do sistema de saúde e das RAS. Pois é na AB que está a capacidade máxima de estabelecer contato e escuta em tempo oportuno, o mais próximo possível da comunidade e estabelecer uma vinculação longitudinal³². As portas de entrada, tais como serviços de urgência e emergência e outros serviços 'porta-aberta', também podem estabelecer processos de escuta qualificada e de vinculação. Neste caso, a vinculação não é geralmente constituída para permanecer no serviço, mas coordenada com a AB

29 OLIVEIRA, GN. O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2008

30 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

31 CECILIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-26.

32 CECILIO, LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de saúde pública, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.



A porta de entrada pode ocorrer em outros serviços e/ou pontos de atenção, como por exemplo, nos estabelecimentos da assistência social (ILPI, CRAS e CREAS). Este aspecto mostra o quanto a micropolítica, ou seja, como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram*, e a formação de redes intra e intersectoriais no território são necessárias, na perspectiva da necessidade do usuário, quanto da integralidade do cuidado.

(* FRANCO, TB. *As redes na micro-política do processo de trabalho em saúde*. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.). *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerj-Lappis, 2006. p. 459-474).

Essa perspectiva, envolve o serviço de saúde e sua responsabilidade quanto a integralidade do cuidado tendo outros serviços como parceiros.

Qualificar a escuta significa analisar as demandas (pedidos, queixas ou situações expressas pelos usuários), procurar traduzi-las / investigá-las e, com base em competências clínicas (interdisciplinares), definir em conjunto com o usuário suas necessidades de saúde, para então constituir a oferta de serviço³³.

Os gestores que participam do processo de governança regional, municipais e estaduais, devem possuir uma visão ampla das possibilidades de serviços evidenciados em um mapa da saúde, que considere os modelos de gestão do sistema adotados na região para estes serviços. Assim, quais são, como estão, qual a produção e como se vincula estes serviços na RAS, são questionamentos que estes gestores devem fazer. Monitorar e avaliar estes serviços são pré-requisitos para um processo contínuo de planejamento que caracteriza a boa gestão regional.

Como é o processo de planejamento de serviços públicos, filantrópicos, privados, consórcios e demais parceiros do SUS na oferta de serviços? Há que se construir um diálogo permanente com os gestores destes serviços na formulação das programações a partir das demandas apontadas pelo planejamento e gestão da RAS.

O processo pelo qual se cria condições organizacionais para estabelecimento da escuta qualificada, com estabelecimento e fortalecimento de vínculo é o Acolhimento³⁴. O Acolhimento é uma diretriz de modelos de atenção sintonizados com os princípios e diretrizes do SUS. Trata-se de diretriz operacional que articula os princípios da universalidade, equidade e integralidade. São vários os dispositivos que promovem acolhimento, tais como o 'acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade', o 'posso ajudar' e os dispositivos de 'ambiência em saúde'. Outra diretriz importante da humanização é a ampliação dos horários de funcionamento dos serviços para incluir a população de trabalhadores. Deste modo, a postura ética e política do Acolhimento deve ultrapassar a dimensão exclusivamente comportamental dos trabalhadores de saúde e se constituir em arranjos organizacionais concretos³⁵.

33 Sem este processo, a oferta passa a ser uma ineficaz tentativa de aplacar diretamente a demanda, controlar sintomas e não atingir suas causas. Isto se configura no que se denomina atendimento 'queixa-conduta', verdadeira epidemia de banalização dos procedimentos e desqualificação da clínica, muito presente nos serviços de saúde brasileiros, em todas as regiões do país, reduzindo drasticamente a resolutividade dos serviços públicos e privados de saúde. SCHRAIBER, LB; GONÇALVES, RBM. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Saúde em Debate, 96: Série Didática. Hucitec, 2000. p. 29-47.

34 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

35 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

O princípio geral do acolhimento³⁶ é o da corresponsabilização e da colaboração em rede para a produção de respostas adequadas às demandas sociais por saúde, sejam coletivas ou individuais. Com isto, em todas as portas de entrada será preciso adotar estratégias para incluir os usuários e suas necessidades.

CRIAR CONDIÇÕES PARA:

- » **‘Dizer Sim’** a todos os usuários e suas necessidades de saúde, no sentido de fazer a escuta de suas demandas e procurar a melhor oferta disponível ou possível no serviço ou na rede.

- » **‘Dizer Não’** quando ao analisar a situação, em conjunto e na presença do usuário, a oferta buscada: a) não tiver potencial cuidador; e, b) representar um ato desnecessário, assumindo a responsabilidade pela construção de uma oferta mais adequada às necessidades encontradas.

Essas seriam as funções de acolhimento, as quais devem ser exercidas por todos os trabalhadores de saúde, em todos os pontos de atenção.

O gestor deve apostar que, em condições minimamente razoáveis de trabalho, com acesso a processos de Educação Permanente³⁷ regulares, processos de trabalho em coordenados e vínculos de trabalho formais e seguros³⁸, a maioria dos trabalhadores exerce as funções de acolhimento sem grandes dificuldades³⁹.

É preciso entender que não há possibilidade de se obter bons resulta-

36 FRANCO, TB; BUENO, WS; MERHY, EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15:345-53.

37 PARA SABER MAIS, VER CAP 5.

38 Estudos realizados sobre as condições de fixação e satisfação profissional apontam que as razões para não fixação e insatisfação com o trabalho estão ligadas principalmente à capacitação ou falta dela (sentir-se apto à tarefa) e à disponibilidade de materiais básicos e condições físicas mínimas para o trabalho (insumos básicos como luvas, sabão para lavar as mãos, toalhas de papel, banheiro em condições de uso, condições de higienização das instalações, equipamentos básicos). Cf: CAMPOS CVA. Por que o médico não fica? Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas; 2005 e NEY, M; RODRIGUES, PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, 2012, 2005; e . profissionais de saúde no Sistema Único de Saúde, no contexto do Pacto pela Saúde. *Divulg. saúde debate*, n. 44, p. 29-33, 2009;. E a satisfação no trabalho está mais relacionada ao sentimento de fazer parte de uma equipe e participar de processos de tomada de decisão que dizem respeito ao próprio processo de trabalho CAMPOS GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público São Paulo*: Editora Hucitec; 1997. p. 229-66

39 O salário é importante, mas tem mais capacidade de atração do que fixação. Cf. LOPES, EZ; BOUSQUAT, A. Fixação de enfermeiras e médicos na Estratégia de Saúde da Família, município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 6, n. 19, p. 118-124, 2011.

dos em Rede de Atenção à Saúde sem contar com profissionais de saúde engajados em resolver o que é de sua responsabilidade e a colaborar com os demais pontos de conexão da rede.

Coordenando as Ações em Rede

O Princípio da Coordenação do Cuidado em rede é crucial. Fácil de entender e difícil de concretizar. O usuário não pode ser incluído e excluído do sistema a cada vez que procura um serviço e/ou que é encaminhado para outro. Além disso, a Longitudinalidade deve ser um atributo da rede de atenção e não apenas da AB.

Uma das tarefas do gestor municipal para por em prática esse princípio da coordenação do cuidado consiste em retomar a ideia da territorialização deixando claro para sua equipe o entendimento de que o usuário, apenas por sua existência no território adscrito, já está formalmente incluído no sistema. O fato de haver um usuário que reside no território e não é conhecido pela equipe não exime, o gestor e à equipe da sua responsabilidade sanitária. Uma vez que este usuário se vincula a uma equipe de saúde, ele terá acesso a ofertas de serviços, de acordo com suas necessidades. Na medida em que essas necessidades se tornam mais complexas, a equipe de referência deve organizar um plano de cuidados ou projeto terapêutico, buscando facilitar processos de coordenação interna da equipe, com o NASF e com equipamentos sociais do território. Este plano de cuidados ou projeto terapêutico deve ser elaborado, implementado e monitorado pela equipe em estreita articulação com os profissionais e serviços especializados de referência, conforme cada caso, mesmo que para isso muitas vezes se façam necessário incorporar o tele-saúde, apoio de especialistas, etc.

Quando as necessidades de saúde deste usuário ultrapassam o escopo da AB, o mesmo deverá acessar outros níveis de atenção à saúde conforme suas necessidades. É importante lembrar que este caminho do usuário na RAS é também de responsabilidade do Sistema Municipal de Saúde⁴⁰.

Nos sistemas tidos como fragmentados, quando isso acontece o usuário é 'encaminhado' para um serviço de referência, seguindo o fluxo de referência e contra-referência. Como dito anteriormente, estes processos carecem de qualificação e muitas vezes as equipes delegam aos próprios usuários que busquem os serviços e se responsabilizem pelos agendamentos necessários.

Por outro lado, os serviços de referência, em função da alta demanda, na tentativa de controlar o fluxo desordenado de usuários, criam inúmeras barreiras de acesso. Estes serviços de referência também encontram frequentemente dificuldades para transferir o vínculo dos usuários de volta para a AB, ou não existem mecanismos organizacionais para esta operação. Os usuários que procuram os serviços de urgência e emergência também passam pelos mesmos percalços, chegando sem informação sobre seus

40 PARA SABER MAIS, VER OS CAPS 1 e 11

planos de cuidados em serviços e territórios de origem, e quando da alta, não há nenhuma garantia de que conseguirão se vincular novamente nos serviços de seu território de origem⁴¹.

Entende-se como estratégias fundamentais para o enfrentamento de tais dificuldades: qualificar os processos de registro de usuários e sistemas de informação; qualificar os processos regulatórios; qualificar fluxos e constituir diretrizes de acolhimento, acesso, referência e contra-referência entre serviços; adotar diretrizes clínicas e linhas guia comuns para toda a rede, que respeitem o escopo de cada nível de atenção e serviço de saúde. Além dessas soluções existem dispositivos de coordenação do cuidado⁴² que podem ser adotados, facilitando a coordenação entre equipes em rede, tais como o apoio matricial especializado e instrumentos de transferência responsável do cuidado.

Para esse enfrentamento, ao invés de procurar respaldo unicamente em mecanismos de controle e arbítrio (os quais devem ser reservados a situações em que os limites éticos e legais são impostos), sugere-se ampliar o debate, abrir canais de cogestão entre trabalhadores, gestores e usuários, onde se possa colocar em análise eventos sentinela ou críticos, situações indesejadas evitáveis, para a visibilização e reconhecimento de tais dificuldades e para o encaminhamento de soluções coletivas que sejam concordantes com uma visão de coordenação do cuidado e co-responsabilização em rede.

Após essa apresentação das etapas, Vitória concluiu:

V: As políticas nacionais relacionadas às RAS se fortaleceram a partir de 2011. As Redes Temáticas e as Linhas de Cuidado direcionadas para eventos críticos voltaram-se, sobretudo às regiões metropolitanas e regiões de saúde consideradas estratégicas⁴³. Essas políticas nacionais constituíram alguns avanços importantes, sobretudo na problematização e criação de novas proposições e dispositivos acerca dos processos de contratualização de serviços e co-responsabilidade entre os entes federados. Estados também constituíram suas políticas de Redes e Linhas de Cuidado. Entretanto, persistem grandes lacunas e dificuldades sistêmicas e estruturais para uma plena consolidação das Redes, ainda mais quando a preocupação está em ampliar a capacidade de produção de saúde e cidadania e não

41 Neste contexto, as ações ofertadas são constantemente descontinuadas e a longitudinalidade não se constitui como realidade, fazendo despencar a capacidade resolutive da rede e fazendo saltar a índices absurdos o custo do sistema. Todavia, frequentemente os gestores não investem naquilo que é mais importante: o enfrentamento da cultura da responsabilidade focal (só me responsabilizo pelo procedimento que eu mesmo realizei) e da banalização do sofrimento.

42 PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2006. p.73-6.

43 BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.375, DE 3 DE JULHO DE 2012 - Define as regiões selecionadas para participação e implementação das ações dos subprojetos do Projeto QualiSUS-Rede. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

exclusivamente racionalizar recursos arbitrariamente distribuídos. De qualquer modo, a construção das Redes de Atenção à Saúde não deve ser tomada como pauta política no município apenas como resposta a mecanismos indutores ou tutelares de políticas nacionais e estaduais de saúde, mas, e principalmente, porque a sua realização plena pode representar uma oportunidade para a afirmação dos princípios e diretrizes do SUS”.

Organização do Cuidado no Território

Em preparação para a próxima reunião da CIR, Olga e sua equipe (Eduardo, Fernanda, Lúcia e Valéria) se debruçam sobre um caso em que acabam de tomar ciência por conta do recebimento de uma demanda judicial para transporte sanitário (TS) de um paciente que irá iniciar tratamento renal substitutivo (TRS) na Clínica de Hemodiálise de Girassol.

Ao começarem a destrinchar o caso, ficam sabendo que o reclamante é um senhor de 67 anos de idade, hipertenso e diabético, que sofreu uma amputação recentemente.

O: Valéria, você já sabia desse caso?

V: Olga, assim que recebemos a notificação judicial, solicitei à equipe o histórico do usuário. Este senhor já é cadastrado há mais de 10 (dez) anos e acompanhado pela equipe com dificuldade, uma vez que o mesmo não adere ao tratamento proposto, principalmente pelas restrições impostas pelas medicações e dietas que o mesmo deve seguir. Além disso, é etilista.

O: Mas o que a equipe conseguiu fazer? Como tem sido esse acompanhamento?

V: Então, tudo começou a complicar, segundo a enfermeira da equipe, há cerca de 3 anos, quando o usuário começou a ter problemas de ereção. Ele dizia que os remédios é que o deixavam assim. Além disso, a dieta imposta não contemplava nada que ele gostava de comer. Desde então, tornou-se arredio. Faltava às consultas marcadas e ainda não queria receber nenhum profissional da equipe em Visita Domiciliar (VD).

O: Mas a equipe sabia que ele já estava com comprometimento renal?

V: Desconfiavam por alguns sintomas que a sua esposa que frequentava a unidade relatava à equipe, porém sem contato e sem exames, não conseguiam fechar diagnóstico.

O: E a amputação?

V: A equipe só foi saber mais uma vez através da sua esposa, quinze dias depois, visto que ele deu entrada na emergência com o pé com diversos pontos necrosados. Ele recebeu alta e a AB não foi notificada pela equipe do hospital. Fica quase impossível desse jeito!

O: Já falei milhões de vezes com a Simone. Se contra-referência já é difícil dos profissionais preencherem e devolverem de forma qualificada a atenção especializada prestada, imagina nesses casos que entram pela emergência. Eduardo, preciso que você reveja com a Simone o nosso protocolo para que a gente consiga garantir que a AB continue acompanhando os casos de todo e qualquer paciente que receba alta do hospital. E depois vamos costurar isso com o Jorge para os hospitais de Girassol e Aurora. Não é possível a Rede não conversar e termos o cuidado tão fragmentado desse jeito. Agora temos um caso de paciente diabético, hipertenso, amputado e que vai iniciar TRS, sem que a AB soubesse da metade disso. Os fluxos precisam estar bem estabelecidos e nós precisamos fiscalizar para que eles sejam postos em prática.

E: Pode deixar, secretária.

L: A regulação nem ficou sabendo desse caso. Não havia encaminhamento nenhum pendente e a amputação se deu pela equipe de emergência.

O: Bom, infelizmente já percebemos que temos vários furos nesse caso, mas o mais importante agora é que temos que resolver a questão do TRS. Já conseguimos licitar o transporte?

L: O processo está emperrado, porque o perdedor da licitação entrou com recurso. Então estamos tendo que deslocar esses pacientes em carros comuns da SMS até que isso se resolva. O pior é que cada carro fica preso com um paciente por três dias na semana, já que ele fica lá de 4 a 5 horas na máquina, e ainda tem o tempo de deslocamento pra ir e depois voltar. Já até pedi ajuda à Taís do COSEMS para tentarmos alguma saída.

O: Vou conversar com Joana para saber como ela pode nos ajudar nisso. Mas do jeito que as coisas estão, eu vou levar para discussão da CIB pra verificar a possibilidade de habilitação serviços de TRS mais perto.

Após essa discussão se seguiu intenso debate, sendo ao final elencadas algumas questões que poderiam orientar a busca de soluções conjuntas para os problemas relatados: a) Quais estratégias podem ser utilizadas para o enfrentamento da má comunicação entre AB e atenção especializada? b) Como promover a organização do cuidado em rede, integrando atenção especializada, urgência e emergência e AB? c) Como mudar a situação geral?

Contextualizando a situação da atenção especializada na Vila SUS

A situação da atenção especializada no Brasil tem sido identificada como uma dos mais graves problemas da saúde pública. As reclamações são muitas e apesar de existirem experiências bem-sucedidas, a impressão

que fica é que as más experiências sobressaem na percepção da população e da mídia.

São inegáveis os grandes gargalos e vazios assistenciais, a distribuição desigual de recursos nas diversas regiões do país. Caracterizados por progressiva especialização e fragmentação, pouca integração com os demais níveis de atenção, ao mesmo tempo um conjunto de práticas persistentemente resistentes às políticas públicas de saúde nos últimos 20 anos⁴⁴.

Dentre os grandes problemas da atenção ambulatorial especializada, em termos de sua viabilidade e operação, destacam-se a intensa desvinculação entre necessidades de saúde apresentadas pela população e a distribuição dos recursos e serviços, assim como desvinculação entre a oferta de consultas individuais especializadas e os exames complementares e terapias especializadas. Tal fragmentação dos processos diagnósticos e terapêuticos, tem resultado em múltiplos agendamentos, longas filas de espera, dificuldades de acesso, inadequação tecnológica, perda de qualidade dos serviços ofertados, atrasos na definição e início de tratamentos (perda da oportunidade terapêutica), alterando o estágio clínico e sobrevida dos usuários⁴⁵.

É importante ressaltar para os novos gestores e os que permanecem que não raro, nos pequenos municípios, os ambulatorios de especialidades ofertam, sobretudo, consultas médicas clínicas e recorrem a apoio diagnóstico e terapêutico em municípios maiores e/ou no setor privado com e sem fins lucrativos. Boa parte dos ambulatorios são montados no modelo de oferta de consultas individuais por especialidades médicas, sendo a oferta de atendimentos de outros profissionais realizada na mesma lógica. A programação e a alocação dos recursos se constituem em torno do quantitativo de procedimentos disponíveis e não centrada e embasada no percurso terapêutico para atender as necessidades dos usuários⁴⁶.

Os ambulatorios de especialidades assim montados captam a demanda para esses outros serviços, constitui clientela que se torna ávida para consumir procedimentos, temendo pela própria vida. Constituem em instância intermediária e burocratizada entre a AB e serviços de referência localizados em municípios que possuem referência regional. Mesmo assim impõem demandas logísticas, insumos, produção e reprodução de práticas medicalizantes, baixa resolutividade, à custos cada vez mais altos.

Esse tipo de modelo assistencial⁴⁷ fragmentado presente em muitos sistemas municipais e regionais de saúde acaba por criar impasses que

44 SOLLÁ, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. cap. 17, p. 547-576.

45 CANONICI, Emerson Luiz. Modelos de unidades e serviços para organização da atenção ambulatorial especializada em Sistemas Regionais de Atenção à Saúde. Projeto Apoio ao Desenvolvimento de Sistemas Regionais de Atenção Integrada à Saúde / Regiões de Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. 2014.

46 PARA SABER MAIS, VER A NOTA DE RODAPÉ 4.

47 PARA SABER MAIS, VER: SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. Modelos technoassistenciais em saúde: o

anulam muitos esforços, redundando em quase sempre um mesmo resultado: pessoas dependendo cada vez mais do consumo de procedimentos, mais doentes e mais insatisfeitas com os resultados dos serviços públicos de saúde. Resulta também na diminuição da capacidade de governança do gestor local sobre sua rede, visto que cada vez mais se torna dependente de serviços fora de seu próprio território⁴⁸.

A desresponsabilização é uma constante nesse funcionamento fragmentado, presente em todos os níveis e de maneira endêmica. A desintegração entre os serviços e níveis de atenção, as dificuldades de comunicação, o falho sistema de referência e contra-referência, torna possível apenas uma responsabilização em nível individual e circunscrita nos limites de cada profissional e cada serviço. Nessa lógica, não há grandes possibilidades de uma efetiva responsabilização em rede ou co-responsabilização. A ligação entre um serviço e outro, entre um nível e outro é mediada por documentos e fluxos que requerem atenção devendo sempre serem repactuados. A cada encaminhamento o usuário é lançado em um percurso inseguro e incerto de processos, agendamentos, esperas, com alto risco de ser excluído do sistema de saúde. Na norma, enquanto o usuário segue a linha traçada do fluxo de encaminhamento de um nível ao outro, por exemplo, da AB à especializada, o usuário está no sistema, mas na prática fragmentada corrente, não é considerado vinculado a nenhum serviço ou equipe.

Com relação à urgência e emergência a situação carece de uma maior articulação desta com a AB, assumindo-a como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Permanece o desafio!

Principalmente quando o que se analisa é o papel da AB em função de barreiras de acesso, tais como:

- *Limitações de horários de funcionamento das unidades,*
- *Critérios rígidos de adscrição de clientela,*
- *Dificuldades organizacionais decorrentes da oposição entre aquilo que se costuma denominar 'demanda espontânea' (usuários não agendados, ou não esperados) e atendimento aos grupos prioritários,*
- *Ausência ou deficiência de fluxos regulatórios na rede de atenção à saúde*

Recorrentemente, encontramos independente da região do país, os serviços de atenção às urgências sobrecarregados, sendo a procura muitas vezes maior do que os serviços pré-hospitalares e hospitalares suportam e, com elevado percentual de motivos de demanda que poderiam

debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1997. 143p.

48 PARA SABER MAIS, VER CAP 11.

ser acolhidos e resolvidos na AB, quando se analisa as questões de vida e saúde envolvidas.

Razões para este estado de coisas são muitas, relacionadas à fragmentação e desfiguração de modelos de atenção, sobretudo quando a Estratégia de Saúde da Família é implantada como ‘programa’, em áreas isoladas e com coberturas incipientes⁴⁹, muitas vezes esse processo é acompanhado por investimento em pronto atendimentos mal dimensionados, fracamente ou não regulados e desconectados das redes de atenção à saúde, não cumprindo seu papel regional, vide o caso da TRS judicializada debatida por Olga e equipe.

Na perspectiva da regionalização, a implantação e/ou reorganização dos serviços de retaguarda dos sistemas municipais de saúde devem prioritariamente considerar os movimentos ascendentes de planejamento micro e macrorregional, e seus resultados – desafios, potencialidades e necessidades de oferta e de gestão, sob o protagonismo dos municípios assistidos, para que de fato cumpram um papel definido na RAS*.

(*COSEMS-PR. Carteira de Serviços. Texto para debate, 2020).

A concentração de serviços de urgência e emergência 24 horas em alguns municípios de referência e a ausência de vinculação efetiva frequentemente encontrada na AB, contribuem para a permanência de perversidades estruturais que colocam o usuário longe do local de resolução de suas necessidades de saúde mais cotidianas e impõe gastos insustentáveis aos municípios envolvidos⁵⁰. Este quadro ficou bem evidente durante a Pandemia de Covid19.

No pano de fundo da discussão apresentada neste capítulo há sempre a questão subjacente do modelo de atenção à saúde. Impõe-se uma escolha de modelo que melhor dialogue com as necessidades locais de saúde, sempre no sentido da unicidade da política de saúde.

Quais interesses fortalecer, quais direitos defender ou negar, visto que são setores que compõem a atenção especializada ambulatorial e hospitalar das secretarias municipais e estaduais de saúde que acumulam muito poder e, frequentemente, são alvo de conflitos políticos intensos⁵¹. Defendem

49 GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, MHM de. Porta de entrada pela AB? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde debate*, v. 27, n. 65, p. 278-89, 2003

50 TIBÃES, Hanna Beatriz; AZEVEDO, Danielle Sandra; ALVES, Álvia Maria. Determinants of direct demand by the population with preventable situations in er. *Journal of Nursing UFPE*. v. 8, n. 10, p. 3306-3313, 2014

51 CRUZ, Kathleen Tereza da. Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros / Kathleen Tereza da Cruz. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 349 p. – (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde; 9)

seus programas ou ações estratégicas sem uma necessária ponderação de necessidades e recursos disponíveis que determinam prioridades apontadas pelo governo e pelo controle social local.

Todos os processos da “Situação Problema” apresentada estão interligados. Para revelar e analisar os porquês da existência de cada serviço e de cada oferta disponível na rede, não se pode recorrer a apenas uma equação que visa acompanhar uma tendência de aumento de consumo de procedimentos, como consulta médica, por exemplo.

A programação das ações e serviços de saúde: limites e potenciais

A dinâmica oferta-demanda é quase sempre pensada pelos gestores apenas com enfoque econômico. Verifica-se a série histórica de procedimentos ofertados, onde há gargalos e projeta-se a expansão com base no consumo de procedimentos analisados como tendências quantitativas⁵². Como o recurso é limitado, e sempre foi, essas séries históricas escondem necessidades que não podem ser quantificadas com exatidão, pois a cada ano ou período de planejamento o gestor foi e é obrigado a escolher entre muitas demandas, interesses, pressões políticas e sociais. Em razão disto, planejar a expansão da oferta de serviços de saúde com base em séries históricas de produção e consumo, no contexto brasileiro, sempre significou algo muito impreciso e tendencioso.

52 PARA SABER MAIS, VER OS CAPs 1, 3 e 13.

Quando o objetivo é planejar quantidades de recursos em razão de necessidades, os gestores buscam parâmetros de programação. Esses parâmetros consistem em recomendações técnicas, normativas, expressas em concentrações per capita de recursos, procedimentos, profissionais e serviços⁵³.

Não há evidências disponíveis para a construção de todos os parâmetros necessários para a programação das redes de atenção, e adaptados às várias realidades brasileiras⁵⁴. Além disso, há maior acúmulo de evidências na composição de parâmetros recortados por áreas temáticas ou agravos, sendo escassas as evidências que subsidiam a construção de parâmetros em contexto de maior integração das redes de atenção ou com foco na pessoa. Dessas dificuldades decorre a potência desses parâmetros que buscam garantir integralidade e equidade a partir de necessidades de saúde, mas também suas limitações em termos de detectar e diminuir redundâncias e sobreposições, ou mesmo lacunas de reconhecimento de necessidades⁵⁵.

Ainda assim, a Portaria GM/MS nº 1631 (2005)⁵⁶ define alguns parâmetros gerais que podem auxiliar no planejamento e na programação de ações e serviços de saúde, na perspectiva de nortear a tomada de decisão pela equipe gestora.

(BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 out. 2015).

Deste modo, definir as quantidades de serviços necessários à uma população e planejar a sua implementação do tempo (da gestão) são desafios permanentes, para os quais os gestores não encontram, ainda hoje, condições e subsídios exatos e suficientes para fazê-lo em todas as áreas e realidades assistenciais.

53 "A introdução dos parâmetros no balizamento da programação em saúde tem origem no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, extinto em 1994. Em 1982, O INAMPS editou a Portaria 3.046, com os "parâmetros" que iriam orientar o cálculo das metas da Programação e Orçamento Integrada (POI) no período das Ações Integradas de Saúde (AIS). Em 2002, quase quinze anos após a reforma sanitária que criou o Sistema Único de Saúde, a edição da Portaria 1.101 representou uma atualização nos parâmetros de produção de serviços contidos na Portaria 3.046/1982. No entanto, a nova norma reproduziu a lógica de pagamento por procedimentos e de parâmetros voltados à indução do crescimento de alguns serviços e inibição de outros, sem basear-se em evidências científicas acerca do volume de serviços necessários para o controle de condições de saúde específicas e para o atendimento às necessidades de saúde da população".

54 :BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

55 Em especial quando se enfoca parte relevante da população que passa por situações que as fazem alvo ou clientela de mais de uma 'área temática' da assistência à saúde, ou populações que sofrem processos de vulnerabilização e têm suas necessidades de saúde invisibilizadas e, em consequência, excluídas da determinação de parâmetros de programação.

Outro fator a ser problematizado é a crença de que o acesso a procedimentos como consultas, exames, medicamentos, resultam sempre em produção de saúde. O que é bastante questionável, pois sendo os procedimentos meios de intervenção, estes podem com frequência resultar também em dano. A consulta médica, o exame e o medicamento produzem saúde em determinadas condições, quando ofertadas em tempo oportuno, quando orientadas a resolver necessidades.

Todavia, as áreas técnicas tendem a definir esses parâmetros com base em situações pensadas na lógica das especialidades, de forma fragmentada, recortada por temas. Boa parte dos trabalhadores da assistência vive em contexto de sobrecarga e desqualificação do trabalho, muitas vezes reduzidos a operadores de procedimentos. A falta de espaços de discussão e planejamento coletivo e participativo e a inconsistência dos processos de educação permanente reforçam este quadro^{56, 57}.

Assim, se a programação das quantidades de recursos é importante, mas muitas vezes se revela como um conjunto de apostas da gestão para direcionar o modelo de atenção e priorizar necessidades de saúde em detrimento de outras. Seria necessária uma análise qualitativa e estratégica da dinâmica oferta-demanda, para uma compreensão ampliada dos potenciais de produção de saúde, com acesso, equidade e integralidade. Mapear e interferir nos processos de análise da oferta-demanda e nos processos que modulam essa demanda, em busca do encontro com as necessidades de saúde dos usuários.

Relação oferta-demanda-necessidades em saúde: sobre a tríade estruturante para a construção da integralidade do cuidado em rede

As pessoas, as populações nos seus territórios, nos seus processos de andar a vida, invariavelmente tomarão decisões e/ou sofrerão situações que afetarão a sua saúde. Quando isso acontece, as pessoas com necessidades tratam de expressá-las de algum modo e buscam serviços disponíveis. Decorre que a demanda se constitui em relação aos serviços ofertados. Deste modo, entende-se que a análise da demanda é sempre análise da oferta-demanda.

Analisar a oferta é submeter a organização a um exercício de compreensão de sua implicação na geração da demanda. A demanda se constitui na possibilidade de oferta, na suposição de uma resposta ao que se quer/precisa. Portanto é a oferta que constitui a demanda. Decorre que não há como

56 PARA SABER MAIS, VER CAP 5.

57 Magalhães, M.G., Freire, F. H. M. de A., e Pinheiro, R. (Orgs.): Educação Permanente em Saúde: caminhos percorridos na Região do Médio Paraiba, Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Editora CEPESC. 2015. Pg 267.

separar inteiramente a demanda de uma oferta que ‘promete’ resolvê-la. Aí se encontra o processo de produção ou modulação da demanda pela oferta.

Ocorre, porém, que o modo como estão organizados os serviços passa a ser não somente uma resposta às necessidades, mas também um “contexto instaurador de novas necessidades”. Há desta forma uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta e distribuição dos serviços e o consumo destes, um induzindo o outro*.

**Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MI, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 29-47. (Coleção Saúde em Debate).*

A relação entre oferta e necessidade, não segue a mesma linha de determinação. Pode haver demandas diversas, alicerçadas em necessidades de saúde diversas expressando-se aparentemente em direção a uma mesma oferta. Compreender a relação da oferta-demanda de forma ampliada permite potencializar a capacidade dos gestores/trabalhadores em diferenciar uma necessidade de outra, através do exercício da clínica, conhecimento da trajetória dos usuários na rede em busca de cuidado e das influências geradas no território.

Cabe ressaltar que as pessoas procuram serviços de saúde expressando sintomas, queixas, situações ou acontecimentos (eventos, intercorrências, etc). Essa expressão da necessidade é mediada pelos trabalhadores e suas normas no cotidiano das ações de saúde sendo reconhecida pelos serviços de saúde e constituindo-se em demanda.

Outro aspecto importante é que a demanda também é produzida pelo esgotamento da oferta de outros serviços e organizações. Em especial no campo da saúde, considerando o paradigma da determinação social do processo saúde-doença, a interrupção de serviços de outros setores e políticas sociais, como educação, saneamento, alimentação, moradia, renda, justiça, etc; acaba gerando demandas que encontram nos serviços de saúde algum acolhimento. Deste modo, as organizações e serviços de habitação, urbanização, educação, quando não capazes de resolver demandas das suas áreas, geram demandas para as organizações e serviços de saúde.

Mesmo por dentro do campo da saúde, quando se analisa a dinâmica oferta-demanda entre serviços e níveis de atenção de um sistema municipal ou regional, também se verifica com frequência demandas produzidas por segmentos do sistema, as quais a insuficiência ou mesmo a ausência em sua capacidade de oferta cuidados, tendem a sobrecarregar as demandas para outros setores e níveis do sistema.

Neste sentido, vale ressaltar que a dimensão do cuidado em saúde oscila entre a objetividade de sua oferta e a subjetividade de sua demanda, sendo esta o verdadeiro mote do processo de formulação das políticas de saúde e, possivelmente, da forma de expansão dos serviços na rede pública. Isto

não quer dizer que a objetividade, pautada em cálculos econômicos objetivos, não influencie a tomada de decisões fora dos diferentes ambientes de gestão. Ao contrário, pensa-se que discutir a formação de demandas e necessidades de atenção à saúde de uma população, sobretudo examinar sua expansão, requer uma análise do inter-relacionamento entre normas e práticas que norteiam os atores (usuários, profissionais e gestores) que formulam e implementam as políticas de saúde, seja de uma localidade, seja de um estado ou país.

Porém tal redimensionamento não se reduz a meros atos técnicos. A possibilidade de constituir esses modelos de atenção à saúde dependerá da reorganização das práticas do cuidado, que envolverá elementos da organização histórico-social da produção dos serviços de saúde, sua relação com a demanda e as necessidades da população.

Compreender este relacionamento, porém, não é tarefa fácil. Envolve um conjunto complexo de valores, representações, padrões culturais e práticas geradas por vários sujeitos sociais – usuários, profissionais, gestores – que, interagindo no seu cotidiano, reproduzem mecanismos diferenciados de enfrentamento dos problemas de saúde e doenças a que estão submetidos. Os trabalhadores de saúde são formados para pensarem que eles são os únicos a interpretar a demanda em saúde. Os conhecimentos formais do campo da saúde (técnicos e nosológicos) legitimados pela sociedade, pelo Estado e pelos próprios profissionais de saúde (supostamente baseados em evidências científicas) são a sua autorização para desempenhar o poder de interpretar as necessidades diante às demandas por serviços de saúde⁵⁸.

Importante destacar que, sob o referencial aqui utilizado, não há sentido ou pertinência em investigar ou discernir quais das necessidades de saúde são as “reais” do ponto de vista técnico. Ou mesmo especular sobre a existência de demandas por serviços que se constituem sem ter relação com uma necessidade de saúde.

Neste referencial entendemos que a demanda, assim se constitui no ato do seu reconhecimento, gerando uma responsabilização direta do profissional de saúde, equipe e serviço. Esse processo de reconhecimento se constitui com base também na adoção de determinadas necessidades humanas como intrínsecas ao campo da saúde. Se, por exemplo, uma equipe não reconhece a violência e suas conseqüências como questão de saúde, jamais um relato de violência se torna demanda para esta equipe.

58 CAMARGO JR, KR. Racionalidades médicas: a medicina ocidental contemporânea. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993 (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.65).

É crucial que o gestor comprometido principalmente com o acesso, a equidade e a integralidade busque determinar quais as necessidades, presentes nas comunidades e territórios, que não estão sequer se apresentando como demandas aos serviços de saúde. Seja porque não chegam aos serviços ou não se manifestam, em função da passividade destes ou de barreiras constituídas que impedem o reconhecimento das mesmas⁵⁹.

A integração do trabalho em saúde, na forma de trabalho em equipe, integração entre equipes e entre serviços em uma rede de atenção amplia as possibilidades de sustentação de uma co-responsabilização solidária e em rede pela demanda reconhecida em cada um dos territórios sanitários acompanhados, nas portas de entrada e serviços do sistema de saúde⁶⁰. Potencializa este processo a aposta do gestor municipal na Educação Permanente como estratégia de organização de espaços de encontro das equipes e serviços⁶¹. Não se pode esquecer que a definição sobre o modo e situações em que o profissional pode ou deve dizer 'não' ao usuário aflige gestores, trabalhadores e usuários.

Na dinâmica da relação oferta-demanda⁶² aqui exposta damos lugar à demanda, à oferta e a responsabilização. Alertamos que a demanda em si mesma não é o que gera a responsabilização no trabalhador, sua vinculação ética e afetiva com o usuário deve ser mediada pela análise dessa demanda, que é ao mesmo tempo análise da oferta que será colocada ao usuário. A demanda precisa ser escutada, traduzida ou interpretada por este trabalhador, o qual ao proceder essa interpretação se implica com a potência creditada à oferta constituída.

Em um processo de trabalho em saúde que busca a construção da integralidade em rede, quando na análise da demanda se conclui que a oferta potente está em outro lugar do sistema, ou em outra organização ou setor, recorre-se a uma oferta qualificada que visa acolher a demanda e ao mesmo tempo criar condições para que ela se direcione no sentido de ofertas mais adequadas às necessidades interpretadas. Deste modo, não se nega a demanda, mas no nível da responsabilização o profissional assume o papel de sustentar o vínculo e promover estabilizações necessárias, mesmo que provisórias, ampliando as chances da oferta adequada se realizar ao usuário.

Seria inadequado, nesta perspectiva tentar fazer um enquadramento forçado da demanda em ofertas pré-existentes que não são potentes para resolver as necessidades envolvidas.

59 WRIGHT J, WILLIAMS R, WILKINSON JR: Development and importance of health needs assessment. BMJ 1998, 316(7140):1310-

60 A fragmentação produz com mais frequência cenários em que os usuários têm suas demandas reconhecidas em um nível ou um serviço e rechaçadas em outros, reduzindo a capacidade do sistema em produzir acesso, integralidade e equidade.

61 Estes espaços são formativos e podem estreitar laços de compartilhamento e atualização de saberes com a participação da Universidade.

62 Pinheiro, R., Matos, R. A. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 2ª ed. – Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. 308p.

Do mesmo modo seria inadequado negar a demanda, sequer proceder alguma escuta, sob o argumento de que se suponha uma necessidade que não pode ser resolvida no serviço procurado, o que expõe o usuário a uma peregrinação na rede em busca de acolhimento e resolução de seu problema. Exemplo típico disso é a chegada de usuários em situações não esperadas em uma UBS de, por exemplo, uma dor torácica ou uma gestante que refere as dores semelhantes às do trabalho de parto.

Um serviço qualificado que componha uma rede minimamente integrada vai acolher o usuário com dor torácica ou a usuária gestante, avaliá-los rapidamente, estabilizá-los no que for possível e necessário, procurando garantir que chegue a tempo e em condições mais seguras possíveis a um serviço que possa ofertar os cuidados necessários.

O Acolhimento e a Classificação de Risco

A classificação de risco é mais conhecida a partir de seu uso em portas de entrada de grandes serviços de urgência e emergência, da disseminação e legitimação dos protocolos internacionais baseados em cinco cores, significando gradações de risco, voltadas para o risco de morte em relação ao tempo de atendimento da ocorrência. Essa classificação permite constituir uma priorização na ordem dos atendimentos, na qual os mais graves (risco de morte iminente ou alto risco) são atendidos primeiro que os menos graves (risco de morte mais tardio ou baixo risco). Muito eficaz e mais segura que a ordenação por ordem de chegada, a classificação de risco evita a morte de pacientes nas filas de espera e amplia a sobrevivência e os resultados das intervenções de saúde⁶³.

A noção de acolhimento agregou-se à classificação de risco, para que além de evitar a morte pudéssemos ampliar o foco (ético, clínico, organizacional) na facilitação do acesso e na garantia de direitos, gerando respostas mais adequadas à todas as demandas e usuários que aportam o serviço. Deste modo, no acolhimento com classificação de risco, não apenas se classifica os usuários em termos de risco de morte, mas há uma preocupação clara em facilitar o acesso de todos, conformando respostas e arranjos adequados desde o processo de entrada, passando pela classificação, a destinação e processos de atenção para cada extrato de classificação e sua conexão com o restante da rede de serviços⁶⁴.

63 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

64 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

A adoção da noção de vulnerabilidade⁶⁵, utilizada para não só ampliar a noção de risco, incluindo fatores de proteção, mas modificando o foco da classificação para uma avaliação e da suscetibilidade ou exposição (usuário como passivo nos processos saúde-doença) para os modos de andar a vida dos sujeitos (usuário ativo), permite a construção de dispositivos de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade na AB, já em parte incorporados nas orientações das PNAB a partir de 2012⁶⁶.

Acolhimento e dispositivos de transferência responsável e coordenação do cuidado

Uma das grandes dificuldades para a integração das redes de atenção são as limitações do sistema de referência e contra-referência mediado por fluxos de documentos, os chamados 'encaminhamentos'. De todos os processos de referência e contra-referência existentes aqueles entre a AB e atenção ambulatorial especializada têm se mostrado muito problemáticos⁶⁷.

Uma das medidas, além da checagem frequente com reclassificação dos usuários na fila, pode-se adotar dispositivos de acolhimento nas portas de entrada dos serviços de referência. A promoção de acolhimento, individual ou coletivo dos usuários encaminhados, possibilita uma primeira avaliação ou reavaliação do usuário, permitindo a proposição de um plano de cuidados ou projeto terapêutico singular, no serviço. Nesse processo se pode estabelecer um profissional ou equipe de referência e propor modalidades de cuidados continuados (intensivos ou extensivos) e cuidados temporários, tais como uma avaliação, ou tratamento de curta duração.

O ideal é que o tempo entre o encaminhamento e o acolhimento seja o mais curto possível, permitindo que a equipe que acolhe o usuário no ser-

65 Também no âmbito da regulação da atenção ambulatorial especializada a adoção de parâmetros de classificação de risco e vulnerabilidade para organização das filas de agendamento têm sido medidas eficazes para o enfrentamento desta problemática cronicamente presente nas redes de atenção. Algumas experiências municipais têm alcançado bons resultados na facilitação do acesso, na qualificação da atenção especializada e sua viabilização (Campinas, 2011; Recife, 2013; Blumenau, 2011). Esses dispositivos ampliam também a disponibilidade de informações estratégicas para o planejamento da rede. Os pontos fortes dessas experiências estão na criação de sistemas de checagem e reclassificação dos usuários nas filas e na reorganização dos serviços de referência em função das informações geradas por esses sistemas. Havendo implementação de dispositivos de qualificação da clínica e ampliação da capacidade resolutive na AB, através do apoio matricial especializado, consultoria e teleconsultoria, reorganização da assistência farmacêutica, do apoio diagnóstico e adequações físicas, para os estratos de risco e vulnerabilidade que progressivamente podem passar a ser resolvidos na AB, deixando de serem encaminhados.

66 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na AB / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de AB. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

67 ALMEIDA, P. F. D., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. D., & ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *CadSaude Publica*, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010

viço especializado reúna os encaminhamentos equivocados ou inadequados e crie espaços de discussão dos mesmos com os serviços solicitantes, ofertando apoio matricial e processos de formação/qualificação. Em geral o que ocorre na prática é que a agenda de trabalho das equipes e profissionais dos serviços de referência permite a oferta de acolhimento com frequência suficiente e em datas e horários da semana já conhecidos pela rede. A partir de contato telefônico realizado pelo profissional assistente do serviço solicitante, discute o caso com um profissional do serviço de referência e agenda o acolhimento no serviço de referência para uma data próxima em que ele mesmo possa acolher o caso, ou já com uma equipe/profissional mais indicada. Em algumas experiências o profissional assistente ou membro da equipe do serviço solicitante se faz presente no momento do acolhimento do usuário no serviço de referência, possibilitando que esse processo deixe de ser mediado apenas por documentos.

Esta modalidade de acolhimento já tem sido incorporada pelos serviços de Atenção Psicossocial, como os CAPS, em muitas regiões do país⁶⁸. Também tem sido uma prática muito incorporada em serviços de referência em reabilitação e de Atenção à Pessoas com Deficiências⁶⁹. A vantagem aqui é que esses dispositivos de acolhimento não servem apenas para a regulação dos fluxos e demandas nas portas de entrada dos serviços, mas possibilitam que uma transferência interpessoal do vínculo com o usuário, sem prescindir do encontro com este usuário (e responsável, ou cuidador quando necessário) e de sua participação neste processo de referência e contra-referência. Mas, são enormes as dificuldades quando esta atenção especializada acontece em serviços contratados, o que é muito comum, e onde a rotatividade de profissionais é muito grande. Frequentemente, os consórcios são os meios de provimento desse nível de atenção e se torna necessário aproximação maior dos gestores e serviços

68 SOLLÁ, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saúde MaternInfant*, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005 DELFINI, P. S. D. S., SATO, M. T., ANTONELI, P. D. P., & GUIMARÃES, P. O. D. S. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. suppl 1, p. 1483-1492, 2009; JORGE, M. S. B., PINTO, D. M., QUINDERÉ, P. H. D., PINTO, A. G. A., SOUSA, F. S. P. D., & CAVALCANTE, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental-Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(7), 3051-306.

69 COSTA, J. C. D., GIUSTTI, S. A., MUROFUSE, I. S., & GUMZ, A. L. Acesso ao serviço de fonoaudiologia: a implantação do acolhimento no município de Toledo-PR. *Rev. CEFAC*, v. 14, n. 5, p. 977-983, 2012.; MITRE, Sandra Minardi; ANDRADE, Eli lola Gurgel; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Cien Saude Colet*, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, 2013.

As linhas de produção do cuidado em rede

A linha de produção do cuidado é uma proposta pensada para se superar os desafios de construção da atenção integral à saúde. Propõe que a partir de uma porta de entrada no sistema (preferencialmente na AB) seja constituído um projeto terapêutico do usuário, que defina suas necessidades e que guie a articulação e integração dos recursos disponíveis, atravessando os diversos níveis de atenção, quando necessário, garantindo acesso seguro às tecnologias mais adequadas e seguras. Toda a rede se constituiria e se integraria a partir dos esforços de integração e articulação mediados por projetos terapêuticos constituídos com base nas necessidades de saúde dos usuários⁷⁰. Sendo alguns processos constituídos de forma singular e outros se afirmando como mais permanentes no arranjo organizacional da rede de atenção.

Elemento importante é a constatação de que as necessidades de saúde podem ultrapassar os limites estritos do setor saúde, conforme já abordado na discussão sobre a demanda. Aqueles projetos terapêuticos que revelam essas necessidades deveriam propor ações articuladas com outros setores (intersectorialidade)⁷¹.

São, ainda, desafios para a construção das linhas de cuidado problemas como a regulação pública de toda a rede, as deficiências de ofertas e dificuldades de pactuação das mesmas no âmbito regional e o problema da referência e contra-referência, já abordado neste capítulo.

Uma outra abordagem das linhas de cuidado tem se constituído, mais recentemente, elegendo um agravo ou evento relevante (alta morbimortalidade) como dispositivo organizador da rede. Esse agravo ou evento geralmente é considerado evitável e/ou envolve situações nas quais o tempo oportuno das ações de saúde são extremamente relevantes para se evitar a morte, sequelas e para a aumentar a sobrevivência do usuário, como por exemplo as neoplasias, o acidente vascular cerebral, o infarto agudo do miocárdio, as insuficiências cardíaca e renal, a manifestação hemorrágica do Dengue.

70 FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v. 2, p. 125-34, 2003.

71 Junqueira (2000, p. 42) definiu intersectorialidade como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social. As ações intersectoriais ou intersectorialidade devem considerar o respeito às diferenças e à incorporação das contribuições de cada uma das políticas na compreensão e na superação dos problemas sociais. Tem em sua lógica central a operacionalização de conceitos como a territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, socioculturais e biopsicossociais, nas quais estão inseridos os indivíduos e suas famílias. Para efetivação da integralidade da atenção é importante que as equipes de saúde estejam estruturadas e articulem-se entre si, bem como com agentes de outros setores. JUNQUEIRA, L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. Rev. adm. Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

Quando se trata de organizar a rede para ampliar e qualificar sua resposta às situações críticas, o peso dado às orientações técnicas e processos regulatórios pode concentrar toda a definição de ofertas e critérios de inclusão e exclusão prescindindo da participação do usuário e dos trabalhadores nesses processos decisórios, o que muitas vezes enfraquece a viabilidade e a sustentação cotidiana das linhas de cuidado.

Os passos sugeridos para a montagem das linhas de cuidado⁷² são:

- I.** *Mapear a rede de serviços e propor discussão de Linhas de Cuidado de forma coletiva;*
- II.** *Definir quais linhas de cuidado serão montadas, com base em critérios de priorização pautados em dados epidemiológicos, dificuldades crônicas de acesso ou carências em áreas específicas;*
- III.** *Realizar oficinas de trabalho com todos os sujeitos e serviços implicados, para produção de pactos, compromissos e definição de fluxos de cuidado aos usuários;*
- IV.** *Capacitar equipes, avaliar os resultados das linhas de cuidado instituídas para ajustes e qualificação contínua.*

Dispositivos para a organização do cuidado em rede

Quando se trata de sistemas de saúde regionalizados e redes de atenção à saúde organizados a partir de um território sanitário e clientela definida em termos de adscrição e de responsabilidade, temos como arranjo organizacional mais essencial e já bastante experimentado no SUS, a equipe de referência⁷³.

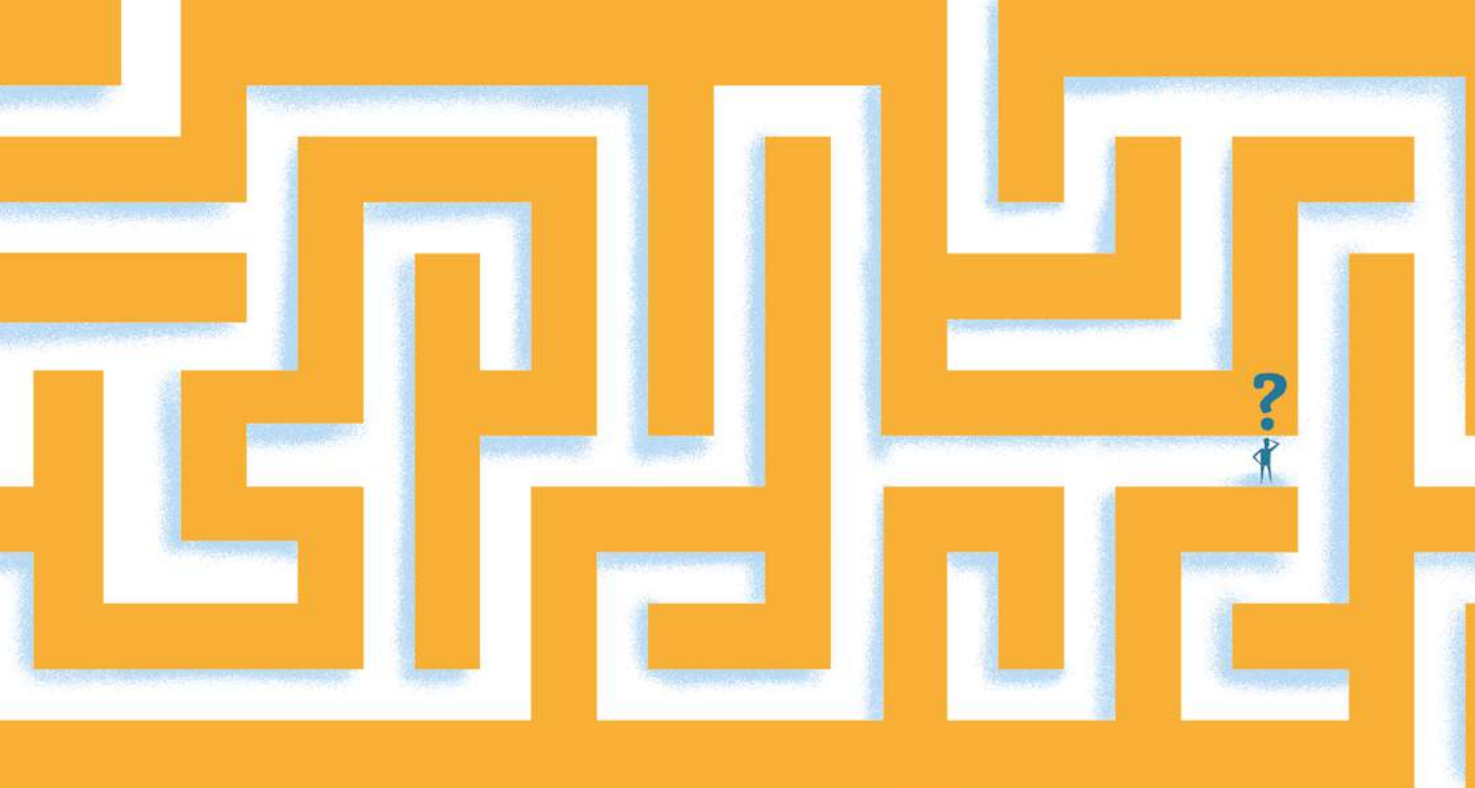
Uma equipe de referência é uma equipe de saúde (preferencialmente interdisciplinar) para a qual se atribui uma clientela de responsabilidade (usuários de um território, usuários com determinadas características comuns, usuários que estão internados em uma enfermaria de hospital, etc). Quando essa clientela de usuários é adscrita a uma equipe em função, por exemplo, de seu local de moradia ou trabalho, constitui-se a adscrição da equipe e do serviço ao território, constituindo-se além da clientela de usuários uma 'área de abrangência' e uma 'área de influência' territoriais de responsabilidade da equipe e do serviço. O que implica em responsabilidade por ações de vigilância em saúde⁷⁴ deste território adscrito, por exemplo⁷⁵. As equipes de referência, como arranjo organizacional, apesar

72 FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul. 2012.

73 CARVALHO SR E CAMPOS GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2000.

74 PARA SABER MAIS, VER CAP 12.

75 Esse é o caso da Estratégia de Saúde da Família, na qual as equipes se organizam para acompanhar



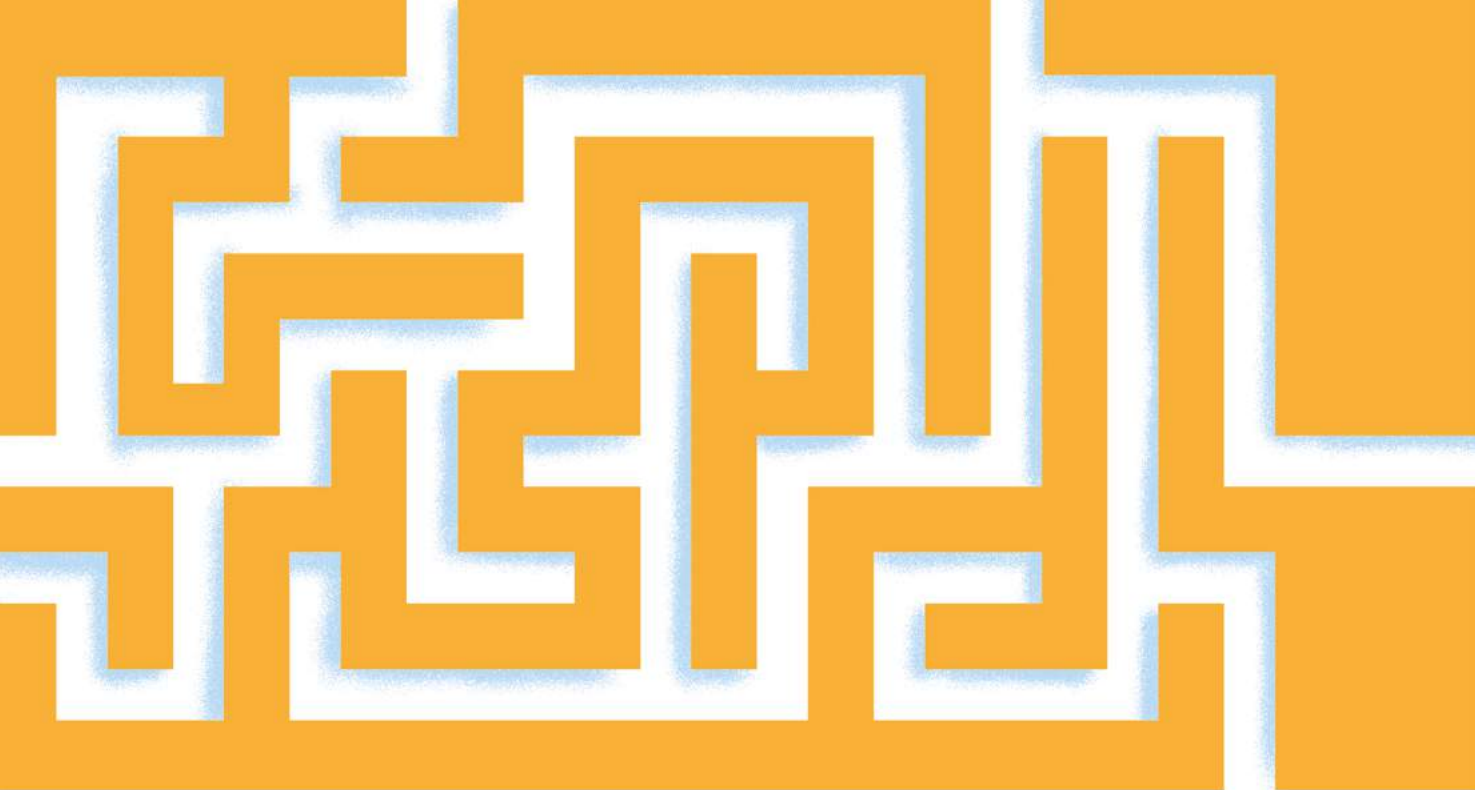
de um conceito bastante simples de entender, guarda consequências paradigmáticas. Uma delas é permitir que o trabalho se integre em equipe, em função de objetivos comuns. Quando se trata de equipe multiprofissional, dispositivos de encontro, como reuniões regulares de equipe, discussões de caso, planejamento em equipe, avaliação em equipe, realização de ações coletivas em equipe, acolhimento em equipe, há uma possibilidade efetiva de superação da lógica fragmentada de trabalho e de uma coordenação efetiva das ações no âmbito da equipe.

Outra consequência é expor e proporcionar soluções para a necessidade da coexistência da presença física dos membros da equipe de referência, juntos no serviço. O que coloca em análise o tradicional sistema de plantões e turnos que contribuem sobremaneira para a fragmentação do cuidado em saúde⁷⁶.

Além disso, destaca-se que uma equipe de referência precisa qualificar-se constantemente, ou do contrário, sua capacidade resolutiva diminui com o passar do tempo. A vida nos territórios é dinâmica e complexa e os problemas de saúde alteram-se em sua complexidade. Os velhos problemas

usuários e famílias de um determinado território. Também é o arranjo preconizado para a organização das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, dos Centros de Especialidades Odontológicas, dos Centros de Atenção Psicossocial, entre outros, embora, muitas vezes na prática cotidiana isto não se efetive.

76 OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GERREIRO, A.V.P. (Orgs.). Manual de práticas da AB: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p.263-72e OLIVEIRA, G. N. Devir apoiador: uma cartografia da função apoio. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.



de saúde se apresentam de novas formas e exigem novas abordagens. Outros problemas surgem e exigem busca de novas estratégias de intervenção. Sendo esta qualificação não só individual à cada categoria profissional, mas também para o trabalho coletivo.

Neste sentido, quando se preconiza um sistema de saúde regionalizado, redes de atenção integradas e serviços de saúde territorializados e organizados em função de necessidades, escala e escopo, as formas tradicionais de comunicação em rede, de coordenação do cuidado mostram franco esgotamento. A comunicação mediada por documentos em papel, como a tradicional referência e contra-referência, bastante problematizada neste capítulo apresentam não só dificuldades processuais, como também estruturais. Dificuldades estas que são apenas parcialmente resolvidas com a informatização de sistemas regulatórios e de prontuários eletrônicos únicos, visto que também as formas de registro realizados pelos profissionais de saúde precisam ser repensadas e qualificadas (PARA SABER MAIS, VER CAP 7). Grandes desafios para a gestão de sistemas/serviços de saúde e para a educação permanente em saúde.

Visto que a organização do trabalho a partir de equipes de referência tem sido defendida e preconizada em todos os níveis de atenção, com resultados significativamente melhores, as necessidades de qualificação contínua e de aperfeiçoamento da comunicação e da coordenação do cuidado entre equipes de um serviço e entre equipes de serviços diferentes, inclusive em nível de atenção passam a representar grande desafio para a gestão.

Não vamos abordar aqui as questões relativas especificamente à Educação Permanente em Saúde, visto que é anteriormente debatido no capítulo 5, mas trataremos de dispositivos que procuram ampliar e qualificar os processos comunicacionais, reforçadores da integração e da coordenação

do cuidado em rede e que, obviamente, carregam dimensões formativas poderosas em seu funcionamento, podendo ser classificados como dispositivos de Educação Permanente em Saúde.

A noção de comunicação aqui não está relacionada a fluxos informacionais, mas a função colaborativa, à coletivização de problemas e soluções, à composição de uma inteligência coletiva, que podemos resumir em uma função de constituição de zonas de comunidade⁷⁷. Neste sentido, a comunicação será ampliada nas redes de atenção, a partir de dispositivos de colaboração em rede que pressupõem a composição de comunidades, formas ampliadas de trabalho em equipe, que ultrapassem os contornos definidos dos segmentos e níveis de atenção.

Dentre os dispositivos de colaboração mais conhecidos e experimentados no SUS estão várias modalidades de consultorias e tutorias técnicas (mediadas por tecnologias de informação e comunicação ou não, tais como a segunda opinião formativa, o telessaúde, a teleinterconsulta, a telemedicina e consultorias clínicas especializadas), as práticas clínicas compartilhadas (atendimento conjunto, projeto terapêutico singular, plano de cuidados em equipe, reuniões clínicas, discussões de caso em equipe, passagem de leitos interdisciplinar, interconsultas presenciais, etc.) e o apoio matricial. Em função das questões colocadas aqui, vamos utilizar o apoio matricial como exemplo para discutir um pouco mais sobre a potência dos dispositivos colaborativos.

O apoio matricial se caracteriza por ações de suporte, de composição de saberes, de análise crítica, de avaliação formativa e de colaboração no qual um profissional ou equipe, experimentadas em práticas e saberes específicos, apoia um profissional ou uma equipe (de referência) que encontra em sua prática dificuldades das mais variadas ordens (técnicas, processuais, éticas, afetivas, organizacionais, etc) na atenção à saúde frente à algumas situações cotidianas. Nesse referencial, uma equipe de referência pode apoiar outra, desde que aquela que apoia tenha desenvolvido experiências, detenha saberes, práticas e condições que possam se constituir como ofertas qualificadas e ampliadoras das capacidades de ação da equipe apoiada⁷⁸.

As práticas oriundas do apoio matricial, geralmente se concretizam mediadas por dispositivos de compartilhamento da clínica, como o atendimento conjunto, as discussões de caso em equipe, a formulação de projetos terapêuticos singulares, entre outros. Em função do volume de demandas exigidas às

77 TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. *Interface comun. Saúde educ*, v. 1, n. 1, p. 7-40, 1997 e TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva da inteligência coletiva a da inteligência coletiva. *Interface-Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 17, p. 219-34, 2005.

78 OLIVEIRA, G. N., SILVA, M. D. F. N., ARAUJO, I. E. M., & CARVALHO FILHO, M. A. Perfil da população atendida em uma unidade de emergência referenciada. *RevLatinoamEnferm*, v. 19, n. 3, p. 548-56, 2011. E OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GERREIRO, A.V.P. (Orgs.). *Manual de práticas da AB: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2008. p.263-72

equipes constituídas para o exercício do apoio matricial (NASF, por exemplo) ou a serviços que acumulam também esta função, em relação à outros (CAPS, por exemplo), se recomenda que todas as demandas de apoio sejam acolhidas. Neste processo de escuta, sejam qualificadas e analisadas, para se constituir ofertas da equipe de apoio que cumpram os objetivos do apoio matricial:

- » **Ampliar a capacidade de resolver problemas de saúde e necessidades dos usuários vinculados à equipe de referência apoiada; ampliar a capacidade de análise e intervenção sobre seu processo organizacional, otimizando e contribuindo para melhoria dos seus resultados;**

- » **Ampliar a compreensão sobre as complexidades dos territórios de saúde e qualificar a atenção especializada; educação permanente em saúde das equipes envolvidas apoiadoras e apoiadas⁷⁹.**

79 BARROS, Silvana do Carmo Maia; DIMENSTEIN, Magda. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na AB. Estudos e pesquisas em psicologia, v. 10, n. 1, p. 0-0, 2010 e BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de AB. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de AB. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Também as necessidades constantes e complexas de apoio contínuo em algumas áreas temáticas à AB, como forma de evitar a criação de serviços específicos com escala próxima a da AB (idoso, mulher, criança, atenção psicossocial, por exemplo), força a adoção de arranjos mais permanentes de apoio matricial especializado à AB, configurando um 'primeiro nível de atenção especializada' complementar à AB⁸⁰. Arranjo que constitui profissionais ou equipes apoiadoras que adscvem equipes de AB, para apoio e acompanhamento contínuo. Neste primeiro nível de apoio matricial mais permanente estão geralmente os profissionais da equipe do NASF, equipes de apoio em atenção psicossocial (ligadas ou não aos CAPS), profissionais de saúde da mulher, de saúde da criança, da saúde do idoso, da reabilitação física, e até organizações de outros setores como os Centros de Referência em Assistência Social. Para necessidades de apoio ainda mais específicas e não tão frequentemente demandadas outros arranjos de apoio matricial podem ser constituídos⁸¹.

Considerações Finais

As dificuldades para a organização do cuidado em rede são muitas. A situação de crise permanente, desfinanciamento e esgotamento dos arranjos organizacionais do modelo fragmentado de atenção e uma grande diversidade de modelos de gestão, como os Serviços Privados, os Consórcios ou as Organizações Sociais constituem um conjunto de dificuldades e desafios que se apresentam de diferentes maneiras no setor saúde em todas as regiões do país.

No entanto, há experiências e evidências sobre os caminhos mais possíveis para o enfrentamento dessas situações. O que tratamos neste capítulo deu ênfase nos dispositivos conhecidos e experimentados em diversas experiências locais, municipais, estaduais e nacionais com bons resultados. Todavia, os problemas mais sistêmicos, relativos ao arcabouço legal incompleto e imperfeito e ao cenário de disputas de projetos políticos de sociedade em nosso país e no mundo, não aliviam a situação específica da saúde.

Para se propor uma sistematização integrativa dos vários temas e dispositivos comentados neste texto, compreende-se que todas essas possibi-

80 ALMEIDA, P. F. D., GIOVANELLA, L., MENDONÇA, M. H. M. D., & ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010 LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

81 Nessa perspectiva, quando há intensa demanda para áreas específicas de especialidades, como acontece na situação-problema inicialmente apresentada nas áreas de cardiologia e ortopedia, convém pensar em constituir linhas de apoio matricial nestas áreas para a AB. A maior dificuldade é encontrar e vincular profissionais especialistas (raros em algumas regiões) dispostos a colaborar com a AB, estabelecendo um plano e vínculo de trabalho, que implica em dedicação de horas regulares para as práticas clínicas compartilhadas nos serviços apoiados, não dimensionadas em termos de procedimentos ou pacientes cardiológicos ou ortopédicos atendidos, mas em termos de aumento expressivo da resolutividade local, com diminuição do número e qualificação dos encaminhamentos as áreas que contam com o apoio.

lidades podem ser articuladas em maior ou menor grau, conforme as condições regionais, para garantir a integração do cuidado em rede, pautada nos seguintes eixos orientadores de produção de saúde e integralidade:

- V.** *Produção compartilhada do cuidado em saúde e autonomia com grupos em situação de vulnerabilidade;*
- VI.** *Produção compartilhada de saúde e autonomia com sujeitos singulares;*
- VII.** *Produção compartilhada de redes de relações e de sustentação de projetos coletivos de coprodução de saúde e autonomia;*
- VIII.** *Produção compartilhada de legitimidade do SUS como política pública universal, produtora de equidade e de integralidade.*

No primeiro eixo o aperfeiçoamento dos processos de planejamento dos investimentos a partir de uma programação pautada em necessidades de saúde se coloca como grande desafio. Com o desafio de evitar práticas que não reconheçam as singularidades dos sujeitos na oferta do cuidado. No segundo, a ampliação e qualificação na dinâmica da relação de oferta-demanda e necessidades, a partir da valorização do vínculo, da responsabilização e da escuta qualificada promovida por dispositivos de acolhimento e a interpretação e co-gestão das ofertas pelos dispositivos colaborativos e de coordenação do cuidado em rede. No terceiro eixo, ações coordenadas em rede, composição de linhas de cuidado, esforços comunicacionais para reconhecimento e legitimação de necessidades de saúde de populações não reconhecidas pelo sistema. E o acionamento de outros setores, seja apoiando a qualificação de suas ofertas, seja compondo mecanismos de apoio mútuo, ampliando as possibilidades de produção de saúde para além dos limites do setor saúde. E no quarto eixo, uma síntese da confluência das ações levadas à cabo nos eixos anteriores, disparadas e sustentadas por uma escolha política deliberada no paradigma ético-estético-político dos princípios democráticos, do SUS e do direito à saúde.

Ações sustentadas pelos gestores, em cogestão com trabalhadores e usuários, que atuem simultaneamente nesses quatro eixos orientadores, a partir da composição de dispositivos potentes, como os sugeridos neste capítulo, são apostas para mudança dos rumos atuais da atenção à saúde e para o estabelecimento de uma efetiva organização do cuidado em rede.

Além disso, a organização da RAS regionalizada pressupõe em certa medida superar a busca por resultados individuais da gestão, e potencializar a união de esforços coletivos coordenados entre os entes federados, com vista à cooperação, permitindo assim, práticas de colaboração mútua e solidária*.

* SILVA, JFM et al. *A ação coletiva e a cooperação no Sistema Único de Saúde. Physis, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300329, 2020.*

CAPÍTULO

11

ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO

Olga está participando da reunião da sua região de saúde, quando Vitória lhe apresenta a nova secretária de saúde de Céu Azul, dizendo que, assim como Olga, há quatro anos, Julia não tem experiência em gestão, mas tem boa vontade e uma boa relação com o Prefeito. Ela passou toda a reunião perguntando por tudo! (Olga sorri lembrando suas angústias e dúvidas!) Vitória sugere que elas se encontrem para conversar.



Esse encontro acontece no dia seguinte, à tarde, na casa de Olga.

Julia: Olga, obrigada por me receber, tenho muitas dúvidas e como o Prefeito quer melhorar a Atenção Básica (AB), queria que você me contasse um pouco da sua experiência na gestão.

O: Julia, é um prazer e um dever com a melhoria do SUS da nossa região! Sei exatamente o que você está passando. Bom, prepare-se para ler um pouco! Vou te passar algumas cartilhas, manuais, livros e artigos que me ajudaram a entender a Atenção Básica.

O: Vou contar a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017¹. Ela trouxe algumas novidades para o gestor com relação a anterior (de 2011²). Nós a chamamos de nova PNAB. A partir da publicação da primeira PNAB em 2006³, houve uma grande expansão da Saúde da Família. Bom, vamos lá! Aqui iniciamos com o conceito de Atenção Básica que deriva da Atenção Primária à Saúde e que no SUS os termos são equivalentes. De acordo com todos os documentos que pesquisei, a AB deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado⁴, da integralidade⁵ da atenção, da responsabilização pelo território e população adscrita, da humanização, da equidade e da participação social, além de implementar um processo de trabalho integrado com a vigilância em saúde. Compreendi também que se bem organizada e integrada aos demais pontos da rede, a AB pode implementar avanços na situação de saúde da população,

1 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22Set 2017.

2 PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

3 Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

4 PINHEIRO, R. Cuidado em saúde IN: Pereira, Isabel Brasil. Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio Cesar França Lima. ã 2.ed. rev. ampliada. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p

5 "A 'integralidade' como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade" (Pinheiro, 2009). PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde.

evitando agravos e produzindo uma melhor utilização dos recursos em saúde.⁶ Sabe-se que o acesso ao sistema de saúde por meio de uma AB resolutive é fundamental para a redução da mortalidade e morbidade, além evitar as internações e procedimentos desnecessários. A AB pode resolver até 80% dos problemas de saúde da população: desde situações agudas até o acompanhamento de doenças crônicas e degenerativas. Além disso, evidências demonstram que o primeiro contato no sistema de saúde realizado através de profissionais da AB garante uma melhor atenção à saúde e maior satisfação dos usuários. Vamos pegar o texto da nova PNAB para lermos juntas, veja: “A AB é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária”⁷

Julia: - Eu tinha essa ideia da prevenção e promoção, mas o restante não. São muitos os papéis que a AB deve desempenhar! Então podemos dizer que ela é o ponto chave para uma melhor eficiência do sistema! Fale mais!
O: - Exatamente! A AB é a principal porta de entrada e prioritária de acesso para todas as necessidades de saúde. Mesmo que outros serviços possam ser acessados diretamente, como a urgência/emergência, Atenção Psicossocial e outras portas especiais de acesso aberto, conforme estabelece o Decreto 7508/2011, é através da AB que deve ser garantido o ponto de partida para um cuidado contínuo e ao longo do tempo (longitudinal), ela é o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁸, é a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, o que em resumo significa ofertar cuidados em saúde com qualidade, continuidade e de forma articulada com os demais serviços da rede, para ninguém ficar sem suas necessidades atendidas⁹. E tudo isso o mais rápido possível! Ou seja, a AB é, ao mesmo tempo, um nível de atenção e uma proposta de organização do SUS, sendo primordial o trabalho integrado e um planejamento conjunto. É fundamental que ela se oriente pelos princípios: Universalidade; Equidade; e Integralidade e nas diretrizes de Regionalização e Hierarquização; Territorialização;

6 Ver: APS abrangente e APS seletiva. Texto: Giovanella, L; Mendonça, M.H.M. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

7 Brasil, Ministério da Saúde. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22Set 2017.

8 VER CAPITULO 10

9 Almeida, P.F et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 244-260, Set. 2018.

População Adscrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede e Participação da comunidade.

A AB deve representar o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, ter uma estrutura acessível e disponível verdadeiramente, para que os usuários se sintam acolhidos, sem barreiras ao atendimento (é preciso desburocratizar a UBS, abolindo a prática de predefinição de “número de fichas”, restrição de horários para determinados grupos, do “quem chegar primeiro” ou “fazer fila de madrugada) e sempre com olhar para a integralidade. Além disso, evidências demonstram que o primeiro contato no sistema de saúde realizado através de profissionais da AB garante uma melhor atenção à saúde e maior satisfação dos usuários.

Ressalta-se ainda a possibilidade de o usuário ser atendido fora de sua área de abrangência, de acordo com a necessidade e conformação do território e através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, isso garante um dos princípios do SUS que é o acesso, pois vemos muitas pessoas com seu direito cerceado, com base em regras impostas por portarias e equipes que atendem somente as pessoas cadastradas em sua área, via de regra, ouvimos nas UBS “Não posso te atender pois você não pertence a essa área”.

Vitória explica que uma boa AB favorece avanços na situação de saúde da população, evitando agravos e produzindo uma melhor utilização dos recursos em saúde e contínua enfatizando que a AB tem que ser capaz de detectar a pessoa que agudizou, atender a sua necessidade resolvendo dentro de suas possibilidades ou referenciar para outro ponto de atenção, sempre coordenando o cuidado. Aquelas pessoas que procuraram outros serviços devem ser “escutadas” para verificar o que a levou a procurar os serviços de urgência/emergência (UPA, pronto socorro..) evitando assim, a superlotação desses pontos. O atendimento das situações agudas por profissionais que já acompanham e conhecem o usuário, potencialmente reduz procedimentos desnecessários e erros profissionais, sendo importante as equipes da AB se articularem com os serviços de urgência e realizarem uma análise criteriosa sobre os motivos para superlotação destes serviços em detrimento das UBS.

Porém, não existem receitas prontas e aplicáveis em qualquer situação, e planejar de acordo com as necessidades do território, é sempre um grande desafio da gestão, realizar planejamento conjunto ainda é mais desafiador e complicado porém com resultados infinitamente melhores para o SUS e principalmente para os usuários.

Julia: - E onde entra a Estratégia Saúde da Família?

O: - Julia, em 1994 o SUS lançou o Programa Saúde da Família para reorientar o modelo de assistência à saúde. Passou a ser denominado “Estratégia” em 1997, pois o PSF deixou de ter as limitações de um programa e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a AB e consolidou os princípios do SUS, em 2006 teve a publicação da primeira PNAB, com atualizações em 2011 e 2017, tem na Saúde da

Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da política, apesar de reconhecer outras estratégias de organização da AB nos territórios¹⁰, devido suas especificidades. Perceba que, independente do modelo de equipe, estamos falando de um território dinâmico e que agrega populações específicas, itinerantes e dispersas, que são de responsabilidade do gestor e da equipe. Para entender quais as necessidades desses diferentes territórios e populações, as equipes podem usar uma importante ferramenta que é a análise situacional¹¹.

Há que considerar que as necessidades de saúde da população brasileira na atualidade vem se alterando em função das mudanças no modo de viver, num mundo marcado pela globalização e por uma revolução nas tecnologias de comunicação que entre tantas e outras consequências, determinam novas expectativas do cidadão em relação ao próprio sistema de saúde; das rápidas mudanças demográficas observadas no país, que apontam para o envelhecimento de nossa população, e, também, pelo significativo aumento das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade. Esse aumento de condições crônicas, ocasionado não só pela maior presença das doenças crônico degenerativas, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes portadores de outras patologias, cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde, coexistindo com doenças infectocontagiosas e também com um aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas, caracterizam um quadro epidemiológico bastante complexo cujo enfrentamento exige profundas mudanças no SUS. Além disso a nossa população esta majoritariamente

habitando em regiões urbanas em condições sociais muitas vezes precárias e vulneráveis, com problemas de acesso à água potável, serviços de coleta de lixo e saneamento básico e muito expostas à violência, e este cenário implica diretamente na condição de saúde dessa população devendo ser considerado pelo radar das equipes da AB. Pode-se afirmar que o enfrentamento desse quadro de necessidades de saúde exige uma AB altamente qualificada e resolutiva (CONASEMS, 2019).

A ESF propõe que a atenção à saúde seja centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (OLIVEIRA & PEREIRA, 2013).

10 CRUZ, Kathleen Tereza da. Agires militantes, produção de territórios e modos de governar: conversações sobre o governo de si e dos outros / Kathleen Tereza da Cruz. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 349 p. – (Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde; 9)

11 Ver Capítulo 3 deste manual: Planejando o SUS no município



Fonte: Brasil, 2017. Adaptado de Material autoinstrucional – PROVAB - http://moodle.ead.fiocruz.br/modulos_saude_publica/sus/files/U03.html

Em 2019 o Ministério da Saúde (MS) também passou a reconhecer as equipes de Atenção Primária (EAP) que possuem a composição diferente das ESF, composta minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo cumprir cada um carga horária de 20h ou 30h. Já a eSF é minimamente composta por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde e técnico de enfermagem cumprindo cada um 40 horas. Todas devem atender às características e necessidades de cada município, além de seguirem as diretrizes da PNAB e os atributos essenciais da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade. A principal finalidade destas EAPS é reconhecer aumento no número de equipes que recebem repasses financeiros federais, com menor exigência de carga horária dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas, dando condições aos municípios de criarem equipes reconhecidas e acompanhadas pelo MS sem a contratação de profissionais adicionais. Reconhecendo, desta forma, as iniciativas e o protagonismo dos municípios em ofertar ações e serviços de APS aos seus cidadãos.

Olga continua... Julia, para que a AB possa se efetivar temos que proporcionar condições de trabalho para as equipes, com infraestrutura e ambiência adequadas ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades. Os espaços físicos devem propiciar a organização dos processos de trabalho e à atenção à saúde das pessoas, de forma acolhedora e humana, e um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde. Para isso devemos observar:

- *a densidade demográfica*
- *a composição, atuação e os tipos de equipes*
- *perfil da população*
- *ações e serviços de saúde a serem realizados. Lembrar que a UBS deve estabelecer a Oferta de ações e serviços, podendo ampliar o seu escopo, como a realização de procedimentos cirúrgicos, exames laboratoriais e de imagem e outras tecnologias de educação e matriciamento e servir de referência no território.*
- *Se a UBS for servir para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível médio e superior, devemos prever espaço físico para esse fim.*

As UBSs devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias vigentes, tendo como referência as normativas de infraestrutura, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e do SUS. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme as normas em vigor.

As UBSs poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNES e estrutura física adequada.

Saiba mais sobre infraestrutura, ambiência e tipos unidades e de equipes acessando a Portaria GM 2436/2017 da PNAB.

A Territorialização:

A PNAB (2017) considera território: “a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Os territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo social, econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada unidade geográfica e subsidiando a atuação da Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população adscrita e ou as populações específicas”; o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o seu cuidado” (BRASIL, 2017).

Diante desses pressupostos, o território deve ser único para as equipes de AB em articulação com as equipes da Vigilância em Saúde (VS) (sanitária, ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador) com vistas à promoção da saúde. Essa integração planejada, lançando mão de estratégias de intervenção com mudanças no processo de trabalho, se mostra como referência para identificar a rede de causalidades.



Fonte: Guia Instrutivo de Integração AB e VS - Ministério da Saúde 2018.

Conheça o Guia PNAB - Módulo I: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde - http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_politica_nacional_atencao_basica_integracao_atencao_basica_vigilancia_sau-de_modulo_1.pdf

Para além da causalidade e exemplificando essa integração, há que se propiciar uma aproximação dos modos de trabalhar dessas equipes, onde a vigilância possa favorecer a melhoria do cuidado, fornecendo informações sobre o território, os fatores de riscos ambientais, os processos laborais e seus impactos na saúde do trabalhador, riscos de estruturas físicas dos estabelecimentos de saúde na segurança do paciente, informações e produtos circulantes, equipamentos públicos, e outros. Por outro lado, as equipes da AB, quando forem planejar suas atividades, devem se aproximar das equipes da VS, conhecendo os dados epidemiológicos, riscos ambientais, normas/legislação para edificações de unidades e outros assuntos pertinentes.

Dessa forma, o território é aquele que vai além das questões geográficas, incluindo o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece. É o espaço vivo e dinâmico, onde as pessoas estudam, trabalham, estabelecem relações e redes sociais, mantêm estilos de vida, hábitos, crenças e sua cultura (BRASIL, 2018).

Devemos realizar o reconhecimento do território por meio do:

- Mapeamento das vulnerabilidades, buscando identificar necessidades como: de saúde, de educação, de saneamento, transporte, renda, qualidade de moradia, transporte, segurança e outros;
- Como estão organizados os serviços de saúde e outros equipamentos sociais;

- *Quais são os principais agravos do território;*
- *Classificar áreas de risco socioambiental;*
- *Conhecer a geografia do território*

Após conhecer o território, precisamos conhecer as pessoas e fazer o seu cadastramento, realizar oficinas de territorialização com base na estratificação e classificação de risco; visitas domiciliares, análise dos indicadores de saúde, produção de serviços de saúde, obtenção de informações com informantes da comunidade, enfim, ouvir a comunidade.

Esse trabalho deve ser realizado de forma contínua e o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) articulado com os Agentes de Combate à Endemias (ACE) é crucial para que a informação da realidade do território seja trazida para dentro da UBS e as orientações da equipe sejam levadas à comunidade.

Assim, as equipes devem cuidar e se responsabilizar pelo seu território, cada um com seu papel atuando de forma integrada e articulada.

Destaco algumas atribuições comuns às equipes de Atenção Básica e de Vigilância em Saúde:

- *Garantir atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, com base no enfoque de risco;*
- *Garantir atenção facilitada à saúde, buscando a integralidade por meio de ações de proteção, promoção e recuperação da saúde e prevenção de agravos;*
- *Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, para planejamento de ações;*
- *Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando as áreas técnicas, profissionais e níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, gestão da clínica, e o matriciamento no processo de trabalho cotidiano;*
- *As equipes de VS podem ajudar a AB de maneira permanente monitorando a cobertura vacinal, a morbimortalidade e tantos outros processos.*
- *Planejamento conjunto*
- *Outras ações de acordo com a realidade do território.*

Julia: Como você fala, Olga, de básico e primário esse nível de atenção não tem nada! Acho que por hoje está bom. Podemos combinar outro dia de conversas?

O: Lógico! Aliás, queria te convidar para participar da oficina de trabalho que vamos realizar na semana que vem, junto com minha equipe, para

você ver uma forma de avaliar a atenção básica do município e readequar o planejamento a partir dessa avaliação e do novo modelo de financiamento instituído no final do ano de 2019 no intuito de qualificar a AB. O que acha?

Julia: - Combinado! Estarei lá, com certeza. Vou aproveitar e ler o material que você me indicou.

Julia volta para casa pensativa sobre toda a conversa, foram muitos conceitos e muitas novidades! Ficou pensando também sobre os modelos de equipes e resolveu pesquisar sobre as equipes de saúde bucal¹² (SB), pois apesar de considerar essencial a atuação dessa equipe para um cuidado integral, lembra que não há equipes no seu município. Verifica que as equipes de SB podem estar vinculadas às equipes de saúde da família ou EAP, em uma UBS ou unidade móvel e que tem variações em sua composição, que vai depender das necessidades locais e, pelo que leu, é uma decisão do gestor municipal. Tem a modalidade I que tem o cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal e tem a modalidade II, com cirurgião-dentista, técnico e auxiliar de saúde bucal ou outro técnico de saúde bucal.

Lê também que o papel dessa equipe vai desde acompanhamento individual e às famílias até o cuidado em espaços comunitários (como escolas, associações etc).

A oficina

Na semana seguinte, acontece a oficina de trabalho organizada por Olga que foi pensada para revisar e analisar os relatórios que elaboraram anteriormente, além de estudar alguns casos atuais. O produto final será a construção de um documento para Olga apresentar na próxima reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) sobre atenção básica e perspectivas.

Estava presente toda a equipe da SMS (aliás, um ponto bem positivo para a gestão é que permaneceram todos os membros da composição inicial). Como convidados, foram chamados Julia, Joana e Vitória.

Olga iniciou a Oficina reforçando que seriam dois dias para sua realização, com foco na análise dos problemas levantados anteriormente e o estado atual deles. Ela também havia pedido que fossem trazidos alguns casos vivenciados recentemente pelas equipes, para ajudar nas reflexões.

Olga ressaltou alguns dados do município, que foram retirados da página do Ministério da Saúde. Destacou a “Nota Técnica” que fornece vários dados atualizados, como o conjunto das informações de equipes, progra-

12 Brasil, 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Acesso: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

mas credenciados e repasses financeiros do Ministério da Saúde, em Vila SUS, tanto na Estratégia de Saúde da Família, quanto em diversos outros programas, como as Academias da Saúde, o Programa Melhor em Casa, o Programa Requalifica UBS (construção, ampliação e reformas de UBS), a ampliação do horário de atendimento com o programa Saúde na Hora, a Informatização das equipes e Programa de Residência multiprofissional, etc.

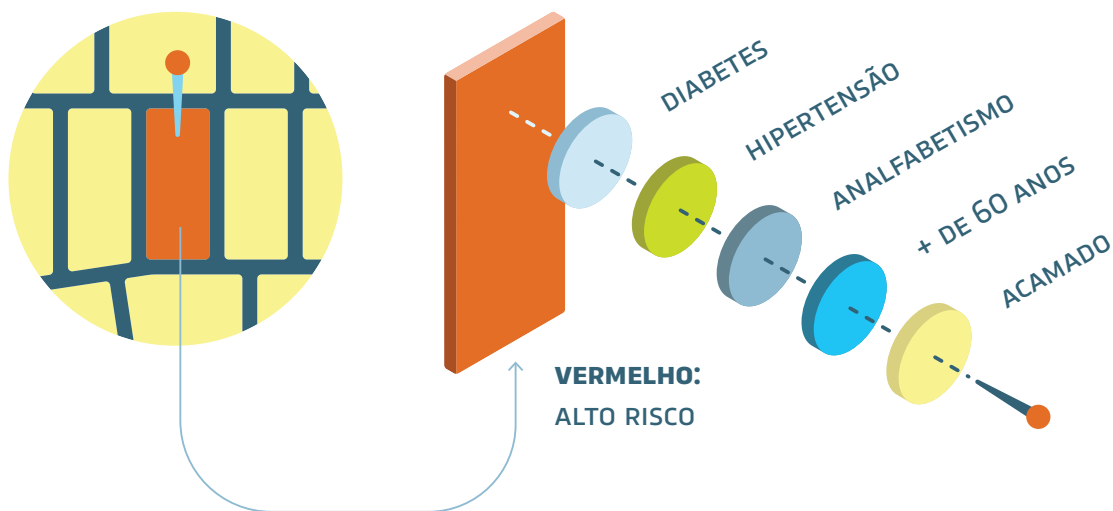
Segundo essa Nota, o município Vila SUS continua, como a 1 ano atrás, com suas 6 UBS, mas agora tem 5 equipes de estratégia de saúde da família, pois Olga conseguiu implantar uma equipe em unidade da periferia, e 2 UBS trabalham com horário diferenciado das 8h às 20h.

A Oficina foi aberta por Olga e conduzida por Valéria (coordenadora da AB) e Eduardo (coordenador VS).

Após a abertura, Valéria faz uma breve orientação da oficina e em seguida organiza a divisão dos participantes em 3 grupos (por equipe). Cada grupo contou com o apoio de um técnico dos serviços da coordenação, e também com a participação da Vitória, Joana e Julia.

Os disparadores para a reflexão e execução das tarefas para melhorar a vigilância no território, foram as seguintes questões:

- *A área de abrangência de cada equipe da unidade está delimitada? Cada equipe ficou com a tarefa de fazer o desenho de sua área.*
- *Qual o número de pessoas cadastradas por equipe da unidade? Levantar os dados de número de pessoas por equipe (utilizar dados do SISAB comparando com os relatórios próprios dos ACS e outros do município.*
- *Qual a característica da clientela? Apresentar dados de estratificação e classificação de risco (gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, transtornos mentais, adolescentes, tuberculose, hanseníase...) incidência de arboviroses, % de cobertura vacinal, áreas de risco de violência e outros problemas de vulnerabilidades social. Abaixo segue modelo de como organizar todos esses riscos em uma “torre de risco” de cada residência e mapeado no território.*



Fonte: Ciconello Neto, V.A. *Territorialização em Saúde*. 2018. Prefeitura de Ubatã - Secretaria Municipal de Saúde.

De posse desses dados a equipe deveria se reunir e elaborar o mapa de risco (utilizando-se de planilhas, desenhos de áreas de risco, risco familiar, risco social, características de edificações do território, etc). A Escala de Coelho e Savassi (2004) é um instrumento que auxilia na avaliação do risco de vulnerabilidade familiar, principalmente social, e se baseia em sentinelas de risco que devem ser avaliadas pela equipe de saúde, em especial pelos Agentes por estarem mais próximos às famílias e realizarem visitas domiciliares. A seguir modelo de planilha:

1	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W		
	Data	Nº da Família	Responsável	Risco	ÁREA	Nº DE PROMISSORES	Nº DE COMISSOS	Possui Veículo	Sem Acesso a Internet	ALERGIA/DOENÇA SIDERAL/DOENÇAS	ACUMULOS	DEFICIÊNCIA	DOENÇAS COM LABOR. PSÍQUIC.	DEFICIÊNCIA MENTAL	SONEARUM	DESK < 05 ANOS	DRECAÇÃO > 10 ANOS SEM BEMIA	ANALISE TUBO	Menor de 02 anos	MAIOR 60 ANOS	HAS	DIABETES	HEMOGLOBINA	GESTANTE	DPDC/EDMEL
2	29/10/2020	15705	Claudemir	0	1	1	4	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
3	29/10/2020	16242	Elian	0	1	1	4	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
4	27/10/2020	6335	Arinda	11	1	2	5	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
5	27/10/2020	14908	Suelli	4	1	3	4	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
6	27/10/2020	16260	Juliana	0	5	2	10	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
7	27/10/2020	16269	Jair	0	5	2	5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
8	21/10/2020	15068	Crislaine	11	1	3	4	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
9	20/10/2020	16245	Vilma	0	4	2	7	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
10	09/10/2020	16122	Fabricao	4	1	3	3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
11	09/10/2020	2115	Jose	11	1	1	5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
12	09/10/2020	6506	Maria	5	1	3	4	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
13	09/10/2020	2848	Sueli	3	1	4	3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
14	09/10/2020	16227	Larissa	12	1	3	3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
15	09/10/2020	2848	Sueli	3	1	4	6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
16	07/10/2020	201	Aparecida	1	5	2	0	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
17	07/10/2020	16216	Junio	2	1	1	4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
18	07/10/2020	2322	Vilma	0	5	4	6	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
19	02/10/2020	255	Kellen	6	2	8	6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
20	02/10/2020	1488	Rosa	0	2	1	5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
21	02/10/2020	16106	Eunice	2	5	2	6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
22	02/10/2020	6700	Samara	1	5	5	6	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
23	29/09/2020	1508	Iratedes	1	4	2	9	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
24	29/09/2020	1377	Alionita	2	4	3	7	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
25	29/09/2020	1647	Ana	6	4	4	6	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
26	29/09/2020	7148	Marcia	3	4	7	5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
27	29/09/2020	6274	Elza	0	4	2	5	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
28	29/09/2020	4590	Lourdes	2	4	1	5	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		

Fonte: Ciconello Neto, V.A. Territorialização em Saúde. 2018. Prefeitura de Ubitatã - Secretaria Municipal de Saúde.

Efetuar a somatória da clientela por equipe verificando se o território da UBS tem uma distribuição equitativa de pessoas e de riscos, visando evitar a sobrecarga de uma equipe em relação a outra. Esse mapa pode ser transformado em uma ferramenta digital.



Fonte: Ciconello Neto, V.A. *Territorialização em Saúde*. 2018. Prefeitura de Ubiratã - Secretaria Municipal de Saúde.

Como material de apoio, foram distribuídos os dados do SISAB, monitoramento dos sete indicadores definidos para o financiamento da APS, relatórios da VS como: incidência de casos de dengue e outras arboviroses; casos de TB e Hanseníase da unidade; dados de mortalidade, nascimentos etc., e as equipes deveriam conferir se os casos eram de suas áreas, tendo em vista que a área já era de conhecimento das equipes.

Como produto para o próximo encontro, todas essas questões deveriam ser respondidas e apresentadas.

Foi solicitado ainda, que cada equipe apresentasse o percurso de organização do processo de planejamento, não se esquecendo que toda proposição de mudança deve ser organizada em parceria com a comunidade.

A oficina foi avaliada como muito produtiva e as equipes saíram muito animadas para elaborar sua territorialização.

Após a conclusão da oficina, Olga solicitou aos seus coordenadores que elaborassem um relato de experiência, com fotos e o percurso da metodologia utilizada, para que ela pudesse apresentar na próxima reunião da CIR, que trataria da organização da AB a partir do território. Afinal, só faltava essa Unidade para concluir a reorganização de todo o território do município de Vila SUS.

Mas a tarefa estava apenas começando, pois Valéria ainda precisava discutir com as equipes dessa Unidade, a reorganização do processo de trabalho com foco na gestão do cuidado e centrado na necessidade das pessoas que utilizam a UBS, como: utilização de mecanismo de facilitação do acesso com o uso de tecnologias para o agendamento de consultas e exames (what-sApp, e-mail, agenda por telefone), pois ainda se fazia fila na madrugada para o acesso aos serviços.

Valéria, relaciona ainda outras tarefas que precisa encaminhar naquela Unidade:

- *Qual seria o melhor horário de funcionamento da UBS, pois a PNAB definiu que as UBS devem funcionar com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano. Além disso, o gestor pode propor horários alternativos de funcionamento atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima definida e a disponibilidade financeira do gestor.*
- *Identificar quais unidades precisam de horários estendidos para atendimento da população que passa o dia no trabalho e precisa buscar o cuidado no período noturno ou finais de semana, lembrando que uma das ações estratégicas definidas pelo MS seria o programa Saúde na Hora, que busca essa extensão de horário de acordo com a carga horária de 60h ou 75h e a quantidade de equipes por UBS.*
- *Quais serão as ações e os serviços a serem ofertados, pensando no tipo de unidade; com a elaboração de uma carteira de serviços baseada na orientada pela Secretaria de Atenção Primária (SAPS) do MS e na ofertada pela SES.*
- *Discutir com as equipes a programação de oficinas e apoio para realizar a Educação Permanente em Saúde e Educação Continuada, bem como realizar reuniões com a comunidade sobre as mudanças propostas e garantia de horário para essas atividades.*
- *Credenciamento da Equipe EAP, com envio do pleito ao MS, Valéria ainda ressalta que estas solicitações são realizadas por meio eletrônico no eGestor AB sem a necessidade de envio de documentos físicos, validados pela confirmação digital do gestor. A equipe de EAP pode ser composta minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 20 (vinte) horas ou 30(trinta) horas/semanais. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias (BRASIL, 2017).*
- *Definir o Gerente da Unidade. O gerente da Unidade não pode ser nenhum dos trabalhadores de nível superior das equipes daquela UBS, deve preferentemente ter formação no ensino superior e conhecimento*

na AB, com papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização e qualificação do processo de trabalho, coordenação e integração das ações, em especial fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A PNAB 2017, traz minimamente suas atribuições.

- *Outras, como implantação de prontuário eletrônico e a possibilidade de adesão ao programa Informatiza APS que possibilita o recebimento de recursos financeiros para as equipes já informatizadas como forma de incentivar o desenvolvimento desta ferramenta.*

Concluindo a reunião, Olga, Julia, Vitória e Joana, discutem sobre a complexidade da AB.

Nesse momento Olga faz algumas reflexões.

Para alguns problemas ela tem governabilidade e para outros não, pois dizem respeito tanto a permanência dos profissionais das equipes. Como evitar a rotatividade profissional? Como resolver principalmente a falta de médicos? Será que consigo um médico através do Programa Mais Médicos, já que perdemos recentemente um de uma das equipes? . Olga lembra também de uma discussão em que os enfermeiros da UBS apontam de sobrecarga de trabalho, devido às funções assistenciais e gerenciais que precisam assumir, questão que sempre ocorreu e se agrava com a falta de médicos em algumas equipes. Olga fica se questionando se não é o momento de investir na figura de um gerente nas UBS, conforme apresentado por Valéria.

Julia saiu da Oficina com a cabeça cheia de preocupações, mas satisfeita, pois, aprendeu muitas coisas. Além dos conceitos da AB, aprendeu sobre gestão da AB, planejamento das ações, possibilidades e desafios do trabalho em equipe. Pensou na montagem de sua equipe para que possa minimamente fazer intervenções importantes na AB de seu município. Está animada pois acha que vai ser possível melhorar um pouco, apesar de tantas mudanças de secretário de saúde em Céu Azul, nesses últimos anos. Ela também aprendeu sobre aumento das ações na AB, vendo as discussões da equipe de Olga sobre os problemas levantados e soluções implementadas. Aprendeu que para a AB ter condições de lidar com a maior parte dos problemas e necessidades em saúde, mantendo seus princípios e valores, também é essencial debater a ampliação de seu escopo de atuação e integração da rede¹³. Compreendeu a importância de ampliar os tipos de procedimentos nesse nível de atenção, incorporando intervenções que previamente não estavam inseridas em suas opções terapêuticas. O médico e/ou o enfermeiro generalistas das ESF permanecem como o primeiro contato dos usuários, mas outras áreas da rede de atenção podem ser colocadas como referências de acesso quando necessárias. A definição de quais

13 Ver: R e Mattos, R.A organizadores Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde /. – Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. 484

seriam as ações, conhecimentos e especialidades incorporadas, depende de cada local. Estas podem ser delineadas de acordo com as prioridades de cada região, por isso o conhecimento a respeito de seu território e suas vulnerabilidades se fazem tão importante. E como o trabalho do ACS é central nesse conhecimento do território! De todo modo, ampliar as ofertas na AB é um caminho importante para mantê-la como a principal referência dos usuários, assim como também é fundamental para reduzir os custos e danos à saúde resultantes de intervenções desnecessárias.

Julia chega em casa disposta a pegar o material que Olga lhe forneceu e dentre eles, lança mão da PNAB para ler mais sobre o tema. Dentre as estratégias de qualificação da AB está o matriciamento¹⁴, por meio de equipe multiprofissional com uma atuação integrada de especialistas com a AB, aumentando a resolutividade e a integralidade!

Com isso Julia percebeu também que o NASF, com as novas definições do novo modelo de financiamento passaram a ser definidas como Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária e que não mais possuem modalidades diferentes, apenas a especificação de categorias multiprofissionais.

No dia seguinte, o 2º dia da Oficina...

Olga fez a apresentação da experiência de reorganização de uma de suas UBS, tendo sido avaliado como uma ótima iniciativa de aprendizagem e compartilhamento. A apresentação de Olga suscitou muitas discussões apresentadas a seguir.

A coordenação do cuidado na RAS

Para que isso aconteça temos que criar mecanismos de qualificação do trabalho das equipes, com capacitações, treinamentos, contratação de especialistas em saúde comunitária/família, definir claramente as ações e serviços da UBS, etc... . Estimular que os mesmos profissionais fiquem na equipe para manter a longitudinalidade do cuidado e, para isso, o gestor pode propor incentivos de valorização profissional (existem muitas maneiras de valorização como: ofertas de cursos/especializações, repasses de incentivos financeiros, reconhecimento pelo trabalho, ...).

Organizar a porta de entrada é desafiante. As equipes devem estar preparadas para atender as queixas mais frequentes, pois, cotidianamente, recebem pessoas em situações e queixas muito diversas: puericultura, febre, vacina, renovação de receita de uso crônico, dor, mostrar resultados de exames, fazer um check-up, pré-natal, ferimentos, falta de ar, planejamento familiar, tristeza, diarreia, aferição da pressão, dificuldade de ler, atestado para atividade física e outras de uma infinita gama. Todas as pessoas devem ser atendidos pela sua equipe de referência e não pela recepção da unida-

14 OLIVEIRA, G.N. Apoio Matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede. In: CAMPOS, G.W.S; GERREIRO, A.V.P. (Orgs.). Manual de práticas da AB: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p.263-72

de, o que é muito comum em algumas localidades. O cuidado centrado na pessoa é primordial para a vinculação.

Algumas ferramentas são indispensáveis para a coordenação do cuidado, como:

- **Os Protocolos Assistenciais:** *possibilita aos profissionais atender e classificar os riscos clínicos, a ordenação da rede e o monitoramento do território. Esses protocolos devem ser claros, de fácil acesso, e as equipes se apropriarem deles. Não adianta protocolo de gaveta!*
- **O prontuário eletrônico,** *que inclusive tem capacidade de hospedar os protocolos para favorecer o acesso rápido, permite a integração entre pontos de atenção, pois contém o histórico do paciente, evitando a duplicidade de exames que porventura tenha sido realizado em outro serviço ou por outro profissional da AB. Nesse prontuário eletrônico é possível fazer a integração com outros sistemas de informação de interesse da AB e outros pontos de atenção (prontuário único).*
- **Apoio Matricial por especialistas:** *A comunicação entre os pontos de atenção deve ser estimulada, onde o especialista possa ser acessado pela AB, a exemplo de casos de resultados de exames normais, evitando o agendamento somente para o especialista ver um resultado que não afeta o cuidado, ou orientação ao profissional da AB para a condução de casos. O matriciamento da AB pode ser proporcionado por meio de pactuações entre o gestores e os serviços, e favorecido com o uso do prontuário eletrônico e mecanismos de tele-saúde.*

A estratégia do matriciamento, por meio de equipe multiprofissional em uma atuação integrada de especialistas com a AB, traz como consequência uma maior amplitude da assistência, na medida em que ela possibilita que os cuidados especializados cheguem à AB, mantendo seus valores e princípios de funcionamento. O apoio matricial compartilha o conhecimento especializado com os profissionais da AB e vice-versa, produzindo um processo de educação permanente mutuo, com atividades de natureza técnico-pedagógica e também clínico-assistenciais (BROCARD & ET AL, 2018). Dessa forma, consegue diminuir o encaminhamento de usuários a outros níveis de atenção e aumentar a capacidade de cuidado da equipe, garantindo a resolutividade e a integralidade.

Julia percebeu também que o eNASF-AP (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária) potencializa a resolutividade e a qualificação da AB. Ele foi ampliado para atender toda a população de um território e não apenas as populações de referência das ESF, afinal temos que garantir os princípios de acesso e de equidade.

● **As visitas domiciliares:** *Devem ser organizadas por risco e demandadas pela equipe. Por isso, que a PNAB 2017 está desconstruindo a ideia de que o ACS trabalhe em uma microárea fechada, independente do risco. A distribuição de pessoas de risco e a programação de visitas domiciliares deve ser continuamente avaliado por toda a equipe.*

● **Agenda Programada:** *Os atendimentos de pessoas de grupos específicos como gestantes, puericultura, crianças de creche, hipertensos, diabéticos, saúde mental, saúde bucal e outros grupos devem ter garantia de acompanhamento de seu caso. Portanto, a continuidade de acompanhamento é fundamental para evitar as agudizações. A coordenação/gerente da AB deve organizar a agenda de forma que se garanta o acesso dessa diversidade de situações, de maneira qualificada e tendo em vista a capacidade real de oferta de serviços, por meio do dimensionamento de trabalhadores.*

● **A Regulação do Acesso:** *Para que as equipes da AB sejam resolutivas e possam alcançar melhoria nos indicadores de saúde de sua população de referência, precisam ter acesso a outros pontos de atenção dentro da RAS. Isso, denota a responsabilidade da ordenação da RAS pela AB. A existência dos protocolos clínicos favorecem a melhor prática do cuidado, e também definem quais as tecnologias serão utilizadas para a resolução de casos. Os encaminhamentos pela AB para outros pontos de atenção, devem ser pactuados por instrumentos de regulação como os contratos com prestadores, centrais de regulação e também por protocolos (linhas guias) de regulação do acesso.*

Ademais, a coordenação da AB, o gerente da UBS (quando houver), a VS, devem estar atentos e trabalhar de forma integrada para efetivar o monitoramento dos agravos do território.

Pois bem, continua Olga, precisamos qualificar nossas equipes e com certeza, a Educação Permanente e a Educação em Saúde para a comunidade são fundamentais. Nesse momento Olga lembrou de toda reflexão que fez com relação a gestão do trabalho e isso tem dado muita dor de cabeça (a exemplo de como evitar a rotatividade/ fixação profissional).

Ela também busca implantar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de estabelecer um vínculo com algum curso de graduação da área de saúde ou mesmo de uma escola técnica, para que suas UBS sejam campo de formação de futuros profissionais para o SUS. Sem dúvida, o convívio entre alunos e profissionais, estimula a atualização dos profissionais desses serviços. São muitas frentes abertas e muitas outras a se iniciar! Entenda mais sobre esse assunto, no Capítulo 5 deste Manual.

O Telessaúde: Favorece a resolutividade, pois utiliza tecnologias remotas para a resolução de casos passíveis de serem resolvidos na AB.

Outras questões preocupam Olga:

1- A cobertura vacinal:

A cobertura vacinal sempre foi uma grande preocupação de gestores e equipes, sendo necessário que o MS assegure o fornecimento dos imunobiológicos do calendário obrigatório conforme demanda e as SES garantam a distribuição conforme solicitação, em tempo oportuno; cabendo aos municípios organizar sua logística (disponibilização, conservação, solicitação,) junto às UBS. Cada UBS adotará a melhor estratégia no seu território para alcançar seu público alvo.

Olga, refere que ao consultar os dados de cobertura vacinal do Brasil, e as vacinas monitoradas pelos indicadores do financiamento da APS, percebe-se a tendência na queda das coberturas vacinais e da homogeneidade de coberturas e a necessidade do município de resgatar essa atenção a prevenção dentro dos territórios.

Valéria então apontou seu olhar sobre os possíveis fatores para essa queda: falsa segurança de que não há necessidade mais de se vacinar; desconhecimento dos esquemas vacinais preconizados nos calendários; falta de tempo; horário de funcionamento das salas; profissionais de saúde insuficientes para atender a demanda e sem a devida capacitação; mobilidade da população X doses aplicadas; sistema com incapacidade de fornecer dados fidedignos; manutenção insuficiente do sistema de informação e notificação compulsória; faltas constantes no provimento de vacinas pela União com substituições constantes de esquemas vacinais; e insumos disponíveis e número de sala de vacinas. Identificamos também, que o provimento de vacinas em frascos inadequados compromete o processo de trabalho estabelecido, há anos no país, o qual tem sido considerado um programa de imunização exitoso¹⁵.

15 A queda da imunização no Brasil. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>

2- A Assistência Farmacêutica (AF) na AB:

Outro assunto abordado, foram as demandas relativas à disponibilidade dos medicamentos ofertados e os potenciais riscos relacionados a sua utilização. Olga lembra da nova diretriz da PNAB que traz as ações que os municípios devem exercer na AF: “Desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2017).

Olga menciona que, o medicamento quando utilizado de forma racional, se apresenta como um dos recursos de melhor custo-efetividade, entretanto quando utilizado de forma inadequada, vem a ser um significativo problema de saúde pública e desperdício dos já escassos recursos financeiros.

No SUS existe a Relação Nacional de Medicamentos (Rename), e é permitido que os municípios organizem a Relação Municipal de Medicamento (Remume), sendo possível ainda a constituição de Relação Regional de Medicamentos, de modo que a região possa alinhar a dispensação conforme perfil epidemiológico e trazer escala para a aquisição dos medicamentos. No entanto, os gastos com esses insumos é cada dia mais crescente, pela demanda desorganizada e até pela judicialização de medicamentos básicos, além de outros problemas relacionados à gestão como a falta de planejamento.

Vitória lembrou a todos que, visando minimizar estas demandas o CONASEMS idealizou o projeto: “Atenção Básica - capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde”. Fala ainda, que este projeto é de ação nacional de qualificação da AF na AB. Para maiores informações leia o Capítulo 6 deste Manual.

3- Os Sistemas de Informação da AB:

Ao longo dos anos a AB sempre teve a necessidade de melhorar seus sistemas de informação. Em 1998 foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), visando o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária.

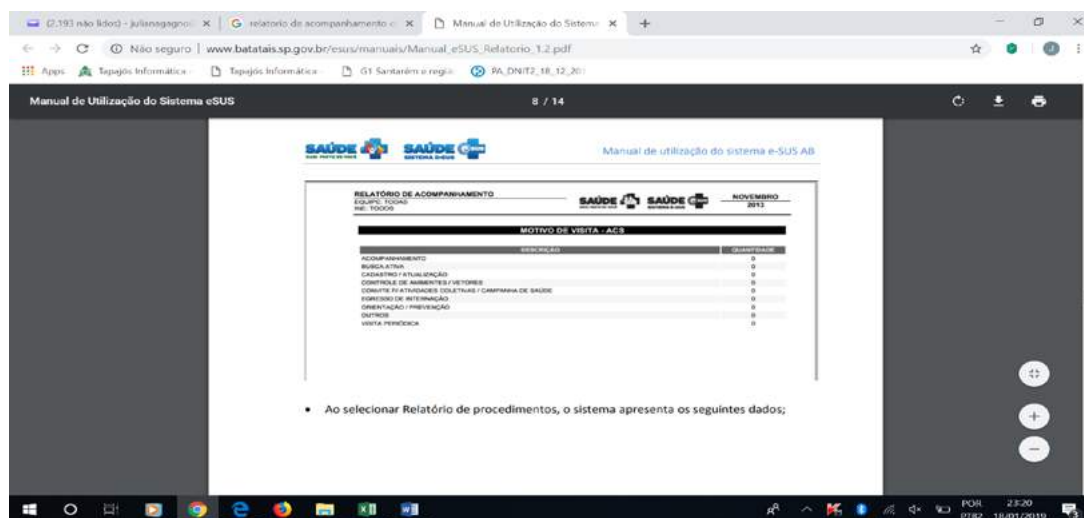
Em Julho de 2013 o SIAB foi substituído pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da AB vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da PNAB. Ele integra a estratégia do MS denominada e-SUS AB, que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, e que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

- I. Coleta de Dados Simplificado (CDS);
- II. Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e;
- III. Aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponível: app AD (Atenção Domiciliar).

Nesse sentido, os sistemas e-SUS AB foram desenvolvidos para atender os processos de trabalho da AB para a gestão do cuidado em saúde, podendo ser utilizado por profissionais de todas as equipes de AB, pelas eNASF-AP, do Consultório na Rua (CnR), de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar (AD), além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde. É de suma importância acessar a página do Datasus sobre esse sistema.

Os relatórios consolidados, são: Atendimento, Acompanhamento, Procedimentos, Exames, Conduta, Monitoramento, Consolidado do Cadastro. E também, quatro tipos de relatórios operacionais: relatório de cadastro, gestante/puérpera, criança e risco cardiovascular. Cada um traz informações específicas coletadas tanto através das fichas do CDS como nos registros do PEC. Abaixo um exemplo:



Estes sistemas estão em constantes atualizações em relação às inovações e ações da APS.

O sistema de informação é um dos critérios vinculados ao pagamento da APS, que deve ter sua base de dados enviada mensalmente de acordo com o cronograma estipulado em portaria pelo MS todos os anos, e a falta de envio de dados ao MS durante 3 meses consecutivos, acarreta a suspensão de recursos de incentivos da APS.

4- O monitoramento e avaliação da AB

É de suma importância que os gestores municipais, tenham metodologia e ferramentas para realizar a avaliação de desempenho de suas equipes, o monitoramento das ações e serviços e conseqüentemente utilizar os resultados para qualificar a atenção que se presta à população.

E 2011, o MS prôpos o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), que teve três ciclos de avaliações com um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

Vitória, pontuou que o PMAQ ou outro programa de avaliação, necessita atender a necessidade dos municípios, com metodologias voltadas para a melhoria do planejamento, do processo de trabalho das equipes e da tomada de decisões que favoreça a qualidade dos serviços da AB.

Valéria pede para apresentar o novo modelo de financiamento e como hoje é realizado esse monitoramento da AB.

CoFinanciamento da APS

Joana sugere a Olga que contextualizem a Julia as mudanças ocorridas durante o ano de 2019 no financiamento da APS.

Olga inicia mencionando a publicação do Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, que alterou o organograma do MS. Criando, uma Secretaria específica responsável pela Atenção Primária à Saúde e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que completou 25 anos em 2019. A criação da SAPS fortaleceu e responsabilizou ainda mais o MS a analisar e propor um novo modelo de financiamento para a APS.

Joana segue apresentando o programa Previne Brasil que foi instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019_ implementando um modelo misto de financiamento, como os utilizados por diversos sistemas de saúde do mundo (Martin 2008; Buck & Dixon 2013; Kringos et al 2013; Chasing et al, 2014).

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de cofinanciamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas ESF e EAP, com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatiza APS), equipes de Consultório na Rua, equipes são campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas. Importante ressaltar que o principal financiador da AB são os próprios municípios.

No primeiro momento o MS priorizou três componentes:

- *capitação ponderada,*
- *pagamento por desempenho e*
- *incentivo para ações estratégicas.*

CAPITAÇÃO PONDERADA

O primeiro e principal componente é o da capitação ponderada, responsável por cerca de 50% do investimento federal em APS.

Estabelece um valor anual por pessoa sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou de Atenção Primária, ponderado por variáveis de vulnerabilidade individual como:

- *extremos de idade (<5 ou > 65 anos), ou*
- *beneficiários do Bolsa Família, do*
- *Benefício de Prestação Continuada e de*
- *benefício previdenciário de até dois salários mínimos.*

Além da ponderação em nível individual, há uma ponderação relativa ao contexto de determinação do processo de adoecimento. Cidades pequenas e remotas recebem maior valor que cidades intermediárias. E essas últimas, maior valor per capita que os centros urbanos, de acordo com a classificação técnica do IBGE que será utilizada no Censo Demográfico de 2020 (IBGE, 2017).

V: vou te mostrar como isso fica Julia, olha aqui nesta tela.

CRITÉRIOS DE PONDERAÇÃO DE ACORDO COM A VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA

CRITÉRIOS	PESO POR PESSOA CADASTRADA	O QUE REPRESENTA?
SEM critério socioeconômico E demográfico	1	Valor base da capitação
COM critério socioeconômico OU demográfico	1,3	30% a mais do valor base da capitação
Classificação geográfica	Urbano: 1 Intermediário adjacente: 1,45 Rural adjacente: 1,45 Intermediário remoto: 2 Rural remoto: 2	Municípios intermediário adjacente e rural adjacente receberá 1,45 vezes mais por pessoa cadastrada do que no município urbano. Município rural remoto ou intermediário remoto receberá 2 vezes mais por pessoa cadastrada do que no município urbano.

V: Nesse próximo quadro Julia vou te mostrar como isso se apresenta em valores, para esse primeiro momento o MS publicou a portaria 169 definindo o valor per capita, que define o cálculo do incentivo financeiro da capitação ponderada, nós temos os seguintes valores apresentados:

VALOR PER CAPITA ANO DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE PONDERAÇÃO

AJUSTE DA DISTÂNCIA	VALORES PER CAPITA	
(Tipologia IBGE)	SEM critério socioeconômico e demográfico	COM critério socioeconômico ou demográfico (x1,3)
1 - Urbano	R\$50,50	R\$65,65
2 - Intermediário Adjacente	R\$73,23	R\$95,19
3 - Rural Adjacente		
4 - Intermediário Remoto	R\$101,00	R\$131,30

Julia: Vejo que desta forma o financiamento tem um olhar voltado para as especificidades não é Olga?

O: Sim Julia, a mudança do financiamento movimentou bastante nós gestores, pois todo processo de mudança é difícil, mas percebemos que foi um grande avanço para a APS, pois o financiamento anterior não conseguia visualizar as especificidades de cada município, ainda encontramos em um momento de transição, que ficou garantido que nenhum município teria perda de recursos, e precisamos nos movimentar para aperfeiçoar o processo de trabalho das nossas equipes e garantir o aumento dos recursos previstos para essa nova modalidade.

Além da captação ponderada, o segundo componente é o do pagamento por resultados. Para definição do valor a ser transferido neste componente, serão considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das equipes (eSF/eAP).

Esse modelo tem como vantagem o aumento, no registro das informações e da qualidade dos dados produzidos nas equipes. É importante, portanto, que as equipes se organizem para registrar e enviar periodicamente seus dados e informações de produção, por meio do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), bem como para planejar o processo de trabalho para melhorar o desempenho. Para o ano de 2020, foram elencados na portaria 3.222 de 10 de Dezembro de 2019, sete indicadores que atendem às seguintes ações essenciais:

Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;

Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;

Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;

Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico;

Indicador 5: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;

Indicador 6: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;

Indicador 7: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

No conjunto dos indicadores será consolidada em um Indicador Sintético

Final (ISF), definido na portaria 2.713 de 06 de Outubro de 2020. O ISF corresponde ao cálculo do desempenho do conjunto dos sete indicadores selecionados. Esse indicador será aferido a cada 04 (quatro) meses com repercussão financeira para os 04 meses subsequentes. Esse ciclo se repetirá quadrimestralmente.

Valéria: O monitoramento desses indicadores vai permitir avaliação do acesso, da qualidade e da resolutividade dos serviços prestados pelas ESF e EAPs, viabilizando, assim, a implementação de medidas de aprimoramento das ações no âmbito da APS, além de ser um meio de dar mais transparência aos investimentos na área da saúde para a sociedade.

Nesse componente Julia ainda existe a possibilidade de novos indicadores, e a cada inclusão de um novo, teremos mais recursos para APS.

Julia: Excelente Valéria, e todos esses indicadores já são ações que executadas pelas equipes não é isso?

Valéria: Sim, o que devemos fazer e aperfeiçoar os cadastros e a coleta dos dados com qualidade nas informações lançadas no SISAB.

O: E para finalizar Julia o último componente deste modelo é o componente dos incentivos que esta relacionado às ações estratégicas e ao cuidado de populações especificamente vulneráveis. Os incentivos estratégicos são relacionados à ampliação do acesso e do horário de atendimento (Saúde na Hora), ao Programa de Residência Médica e Multiprofissional (considerados padrão-ouro para a formação de profissionais especialistas no Brasil), à informatização (ConecteSUS e Informatiza APS), às ações de promoção e prevenção (Saúde na Escola, Academia da Saúde), entre outros. Os incentivos relacionados às populações vulneráveis incluem a população ribeirinha e amazônica, a população em situação de rua, adolescentes em medidas sócioeducativas etc. Todas essas ações nos auxiliam em pontos vulneráveis da APS e que há muito tempo precisávamos dar mais atenção e cuidado diferenciado.

Julia: e temos como acompanhar esses dados em algum sistema?

Valéria: Temos sim Julia, o MS criou um sistema de informação e gestão da AB (<https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>), onde vcs gestores podem cadastrar profissionais responsáveis, que terão login e senha para acessar dados como envio da produção das equipes, processamento e validação dos dados, os cadastros efetuados e os resultados dos indicadores que subsidiarão o pagamento das equipes de APS, olha aí,



CAPÍTULO

12

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO MUNICÍPIO

Na reunião da CIR, Júlia, secretária do município de Céu Azul, se encontrou com Olga, secretária municipal de Vila SUS, cuja experiência na gestão, auxilia os municípios que compõem a Comissão Intergestores Regional (CIR). Nesse encontro, Júlia relata o apoio que tem tido de Vitória, apoiadora do Cosems, na explicação sobre os espaços de pactuação bipartite e na organização regional dos serviços e seus fluxos, desde que assumiu a gestão municipal.

Jorge, representante da Regional de Saúde da SES (RS) inicia a reunião apresentando aos gestores municipais o perfil epidemiológico da região de Vale Feliz, com os principais agravos e metas alcançadas dos indicadores pactuados de cada município, dando destaque à covid-19, principal problema enfrentado por todos no ano de 2020. Enfatiza que embora o pico da doença já tenha sido atravessado, ainda convivemos com vários casos confirmados, sendo imprescindível o trabalho integrado das equipes de vigilância em saúde com a atenção básica, como forma de manter a vigilância nos territórios, evitando assim novas ondas da doença. Sugere que todos observem atentamente as orientações do Ministério da Saúde contidas no Guia de Vigilância Epidemiológica¹, sobre quando notificar, onde notificar, quais os critérios para confirmação de casos, como proceder na identificação de casos e no rastreamento e monitoramento dos contatos de casos de covid-19. Ressalta a importância de recomendar quarentena para contatos no domicílio e no local de trabalho, além de manter a população mobilizada quanto à adoção de medidas preventivas não farmacológicas para redução da disseminação do vírus (uso de máscaras, higienização das mãos, manter distanciamento social e etiqueta respiratória). Chama atenção para a necessária estruturação das salas de vacinas, com equipes capacitadas e alerta quanto ao planejamento das estratégias municipais para executar a campanha de vacinação contra a covid-19, que provavelmente ocorrerá ainda no primeiro semestre de 2021. Enfatiza que a organização dos serviços e das salas de vacina se faz urgente, pois além dessa campanha, as coberturas vacinais em menores de 01 ano da região estão muito aquém do desejado.

Olga pede a palavra para fazer duas considerações: primeiro, que as coberturas vacinais apresentadas podem não retratar a realidade devido às dificuldades enfrentadas pelos municípios com os sistemas de informação, somado ao fato de que no ano de 2020, as coberturas vacinais foram impactadas pela pandemia de covid-19, que sobrecarregou o sistema de saúde, obrigando os municípios a reorganizar a estrutura de atendimento, modificando fluxos e deslocando a força de trabalho para dar respostas à população acometida pelo agravo, além das recomendações de distanciamento físico e do receio da comunidade em buscar as UBS. Quanto à covid-19, enfatizou que além das coletas já feitas no Pronto Atendimento e hospital de referência dos casos mais graves, é importante que todos os municípios testem os casos de quadros gripais leves nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), coletando amostras para realização de testes moleculares RT-PCR para detecção de SARS-CoV-2, como forma de identificar precocemente os casos e assim monitorá-los, bem como realizar o rastreamento dos contatos e considerar a importância de realizar quarentena desses contatos. Jorge concorda e informa a todos que os kits (tubos + swabs) para coleta destes testes estão sendo distribuídos pela RS aos municípios, em

1 Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 (*), (https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/08/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf)

quantidade suficiente, conforme solicitação e encaminhados ao LACEN, que deverá liberar o resultado em até 48 horas a partir da entrada no laboratório.

Após a reunião da CIR, Júlia, bastante apreensiva com tantas informações, procurou Vitória, apoiadora do COSEMS, para esclarecer suas dúvidas, a começar por entender o que é vigilância em saúde. Na conversa com Vitória, Júlia percebeu a complexidade do tema e entendeu que só poderia discutir estratégias de enfrentamento dos agravos com sua equipe, se aproximando do conceito de vigilância em saúde. A Vigilância em Saúde constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde².

Após se debruçar sobre o assunto com sua equipe, Júlia identificou que a Vigilância em Saúde atua por meio das Vigilâncias Epidemiológica, Ambiental, Sanitária e Saúde do Trabalhador. Ela compreendeu que todas convergem para um ponto em comum: estar vigilante, estar atento, prever riscos, e que independentemente dos conceitos e práticas já consolidadas de Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e do Meio Ambiente, a Vigilância em Saúde pode ser tratada como Vigilância de Riscos e/ou Agravos, tendo como escopo de atuação:

- *Trabalhar em bases territoriais*
- *Trabalhar com informações em saúde, de preferência georreferenciadas*
- *Trabalhar com diversos bancos de dados (SINASC, SINAN, SIM, e-SUS notifica, SI-PNI, e-SUS AB etc.)*
- *Trabalhar com identificação de vulnerabilidades nos territórios (ambientais, bolsões de pobreza etc.)*
- *Trabalhar com doenças e agravos de notificação compulsória e problemas coletivos de saúde (agudos e crônicos)*
- *Produzir informações*
- *Estimular a Educação Permanente dos profissionais da Vigilância*
- *Trabalhar valorizando a participação social*

Além disso, Júlia percebeu que é de suma importância garantir a integração com as demais áreas da saúde e, em especial, a atenção básica³.

Apesar de já conhecer mais sobre a Vigilância em Saúde, Júlia solicitou que lhe fosse indicado outros materiais para que pudesse se aproximar mais do tema, pois ficou entusiasmada em promover mudanças no processo de trabalho de sua equipe, para intervir no território.

2 BRASIL. Portaria nº 1.378, de 9 julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em saúde e Sistema Nacional de Vigilância. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 10 jul. 2013.

3 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Guia PNAB módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde, 2018.

Desta forma, a apoiadora do COSEMS informou sobre a portaria que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB⁴ e que permite novos arranjos e reconhecimento de serviços que existem nos municípios, fortalece e induz o planejamento integrado das ações através do território único, além de reconhecer o Agente de Combate às Endemias - ACE como membro da equipe de Atenção Básica e incorporar suas atribuições, o que Vitória considera um importante avanço para a gestão municipal.

Além disso, Vitória também comentou sobre a publicação da Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVS⁵, importante marco para a mudança de paradigma em relação ao modelo de saúde hospitalocêntrico. A Política contribui para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em saúde em todas as instâncias e pontos da rede de atenção à saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta, bem como na definição das estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede de atenção.

Como sugestão para o aprofundamento sobre a PNVS, Vitória sugere à Júlia que assista e divulgue para sua equipe as discussões promovidas pelo CONASEMS em quatro mesas de diálogos virtuais, denominados “Encontro virtual de Vigilância em Saúde sobre os desafios para a implementação da PNVS nos municípios”. Ela enfatiza que esse Encontro promoveu um diálogo qualificado com representantes das três esferas de governo, representantes do Conselho Nacional de Saúde, especialistas e convidados sobre os desafios para a implementação da PNVS nos municípios e que esses vídeos estão disponíveis no canal do CONASEMS no Youtube⁶.

Por fim, a apoiadora sugeriu que Júlia lesse com sua equipe, o Caderno de Textos sobre Vigilância em Saúde elaborado pelo IPADS, que aborda os vários aspectos da vigilância em saúde e orienta sua organização⁷; e o Manual de Direito Sanitário com enfoque em Vigilância em Saúde⁸, que traz os aspectos jurídicos e organizacionais relacionados com a vigilância em saúde do Estado brasileiro, fundamental para a proteção do direito à saúde.

4 BRASIL. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

5 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 588 de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

6 Projeto Aedes na Mira. Encontro virtual de VS sobre os desafios para a implementação da PNVS nos municípios. Mesa 1 - Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=lx68DJRtpFI&feature=emb_title. Mesa 2 - Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=zcuupcWrkFs&feature=emb_title. Mesa 3 - Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ermEt4ceiVE&feature=emb_title. Mesa 4 - CONARES - Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=PTXdYfNmX4&feature=youtu.be>

7 Projeto Aedes na Mira. Caderno de Textos - CONASEMS.

8 Aith, F.M.A. Manual de direito sanitário com enfoque em vigilância em saúde. Brasília, DF: CONASEMS, 2019. Disponível em <https://www.conasems.org.br/aedes-na-mira-manual-de-direito-sanitario-traz-orientacoes-com-foco-em-vigilancia/>

Júlia entendeu que a Vigilância Epidemiológica é definida pelo SUS como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos⁹.

São funções a vigilância epidemiológica¹⁰:



COLETA E PROCESSAMENTO DE DADOS;



ANÁLISE DOS DADOS PROCESSADOS;



RECOMENDAÇÃO DAS MEDIDAS DE CONTROLE APROPRIADAS;



PROMOÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE INDICADAS;



AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA E EFETIVIDADE DAS MEDIDAS ADOTADAS;



DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES PERTINENTES.

Ainda preocupada com as considerações feitas por Jorge na CIR, Júlia procura Vitória novamente, agora para esclarecer suas dúvidas sobre a covid-19. A apoiadora do COSEMS inicia resgatando o histórico do enfrentamento da covid-19, que por ser uma doença totalmente desconhecida gerou muita ansiedade e preocupação do setor saúde e da população frente às dificuldades vividas. O primeiro caso confirmado da doença no Brasil foi em 26/02/20,

9 BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

10 MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020.

quando o Ministério da Saúde (MS) adotou um formulário online chamado RedCap para que os municípios pudessem notificar todos os casos suspeitos, como forma de acompanhar a expansão da epidemia; no entanto, os municípios não tinham acesso a esses dados de forma sistematizada, sendo obrigados a registrarem suas informações de monitoramento em planilhas paralelas, gerando retrabalho. Com o aumento expressivo de notificações, esta ferramenta se mostrou ineficiente e foi substituída pelo e-SUS Notifica¹¹, sistema de informação utilizado para síndrome gripal. Para os casos graves, ficou mantido para notificação pelos hospitais públicos ou privados, o Sistema de Informação da Vigilância Epidemiológica da Gripe¹².

Vitória explica à Júlia que a princípio, os casos de covid-19 eram confirmados apenas pelo critério laboratorial ou pelo critério clínico epidemiológico e isso apenas era feito se o suspeito fosse contato próximo com caso confirmado laboratorialmente, ou seja, era necessária, para tanto, a realização de exames. Como a disponibilidade do teste RT PCR era bem reduzida, estes foram priorizados para os casos mais graves e os testes sorológicos (testes rápidos), indicados a partir do 8º dia do início dos sintomas, usados para os demais casos. Vitória informa que, com o tempo, o Ministério da Saúde ampliou a oferta de testes RT PCR, que passaram a ser disponibilizados para todas as UBS para testagem dos casos de síndrome gripal. Ela diz à Júlia que atualmente os LACENs tem capacidade operacional e insumos suficientes para processar todos os exames solicitados, o que auxilia os municípios no diagnóstico precoce, pois desta forma, o vírus pode ser detectado a partir do 1º dia de sintomas, permitindo que a equipe de saúde adote medidas em tempo oportuno para interromper a cadeia de transmissão.

Continuando sua explanação sobre a pandemia, Vitória narra que no final de março de 2020, o CONASEMS solicitou oficialmente ao MS, por meio do COE (Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública), a ampliação dos critérios para confirmação dos casos, o que apenas ocorreu no mês de julho deste ano. Ela explica que atualmente, os casos são confirmados pelos critérios clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem e laboratorial, o que contribuiu amplamente para a efetividade do diagnóstico precoce e tratamento, bem como para as ações de rastreamento e monitoramento dos casos e contatos de covid-19. Vitória diz que além da dificuldade de acesso aos testes laboratoriais RT PCR, os municípios enfrentam também, desde o início da pandemia, um cenário mundial de desabastecimento de equipamentos de proteção individual (EPI).

Júlia, surpresa por desconhecer todas essas informações acerca da pandemia, escuta tudo com muita atenção e pede à Vitória que lhe explique a diferença entre os testes RT PCR e Testes rápidos para Covid. Vitória explica

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. DATASUS. e-SUS notifica. disponível em <https://notifica.saude.gov.br/login>

12 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. DATASUS. SIVEP-Gripe

que os testes moleculares RT PCR detectam com maior precisão, partículas ativas do vírus SARS-Cov-2 no organismo, portanto, são considerados “padrão ouro” para confirmação de casos. Por sua vez, os Testes Rápidos podem ser apresentados de 2 formas: Testes Rápidos para detecção de anticorpos, que identificam a presença de anticorpos IgM e IgG, indicando que o paciente teve contato anterior com o vírus; e Testes Rápidos para detecção de antígenos, que indicam a presença ativa do vírus no organismo. Como existem ainda outros tipos de testes e para aprofundar o entendimento, Vitória indicou à Júlia a leitura do Guia de Vigilância Epidemiológica covid-19 e ambas continuaram o diálogo sobre esse assunto:

J: Certo, então o teste de escolha para os casos agudos, seja nas UBS como nos outros pontos de atenção, é o RT PCR. E como devemos proceder para interromper a cadeia de transmissão, monitorando os casos confirmados e rastreando seus contatos?

V: Sim, O RT PCR é o teste de escolha nesses casos. De acordo com o atual Guia de Vigilância Epidemiológica, para os casos confirmados, por qualquer um dos critérios (clínico, clínico-epidemiológico, clínico-imagem ou clínico-laboratorial) para covid-19, recomenda-se o isolamento por 10 dias a partir do início dos sintomas, podendo ser suspenso após este prazo, desde que o paciente passe 24 horas sem febre, sem uso de medicamentos antitérmicos e remissão dos sintomas respiratórios. Já os contatos devem permanecer em quarentena por um período de até 14 dias após a data do contato com o caso confirmado para covid-19, sendo monitorados diariamente quanto ao aparecimento de sinais e sintomas compatíveis da covid-19. Há uma grande diversidade de territórios e regiões no Brasil. Em determinadas regiões, os testes rápidos podem ser a única opção viável. Para estes locais, é importante isolar o paciente logo no início dos sintomas.

Vitória inclusive lembrou que para auxiliar os municípios na operacionalização do monitoramento de casos confirmados e rastreamento de casos suspeitos, o Conasems realizou dois encontros com especialistas, que estão disponíveis no canal do YouTube do Conasems¹³.

Júlia associou estas informações com tudo o que estudou e concluiu que o monitoramento de doentes e o rastreamento de contatos é uma oportunidade de integração da vigilância em saúde e da atenção básica, já que ambos são responsáveis por cuidar do mesmo território.

Vitória sugeriu que Júlia visitasse diariamente o site do Conasems¹⁴, uma ferramenta potente de apoio aos gestores municipais com suas informações e publicações, citando, como exemplo, o documento Instrumento para apoio

13 Projeto Aedes na Mira. Guia de Vigilância para enfrentamento da Covid-19. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ocpdHZ0mxNQ&feature=youtu.be> e Como fazer rastreamento de contatos de Covi-19? Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ztfQMT2dZeo&feature=youtu.be>

14 <https://www.conasems.org.br> (ferramentas de apoio)

à tomada de decisão na resposta à Pandemia da covid-19 na esfera local¹⁵. Enfatizou que as medidas adotadas pelos gestores para conter a transmissão da covid-19, devem ser norteadas pela situação epidemiológica de cada localidade. Portanto, a vigilância em saúde junto com assistência à saúde, tem papel fundamental na orientação dos gestores na tomada de decisão, seja na restrição ou retomada de funcionamento de serviços, circulação de pessoas, bem como na construção de protocolos sanitários que orientem e organizem este fluxo, além da comunicação oportuna e objetiva com a sociedade.

Animada com a leitura recomendada, Júlia compreendeu a importância de monitorar os agravos e doenças do território e que é de responsabilidade de todo profissional da saúde a notificação das doenças de notificação compulsória¹⁶ e surtos de qualquer natureza para a vigilância epidemiológica, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Sem essas notificações, a vigilância não tem como observar a ocorrência desses agravos no território e com isso fica impossibilitada de prever riscos e propor medidas de intervenção.

O ciclo composto pela notificação, análise, identificação de problemas, divulgação da informação e discussão com a equipe de gestão, é o que permite a construção de propostas de intervenção factíveis e integradas. Júlia então foi aos poucos compreendendo que o campo de atuação da Epidemiologia contempla todo e qualquer evento de interesse para a Saúde Pública. Além dos agravos de notificação compulsória, a Vigilância epidemiológica também é responsável pela recepção, armazenamento, transporte, distribuição e controle dos imunobiológicos. E que essas ações configuram a Rede de Frio¹⁷. Júlia então se lembrou da fala de Olga na reunião da CIR e resolveu procurá-la.

Olga, sempre muito solícita, explicou que para muitas dessas ações, Céu Azul, como a maioria dos pequenos municípios, dependia da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Sobre o não alcance da cobertura vacinal em menores de um ano no município de Céu Azul, cabe à vigilância epidemiológica monitorar mensalmente a população vacinada e sinalizar se a cobertura mensal está aquém da esperada, além de verificar se as coberturas apontadas nos sistemas de informações correspondem à realidade. Desta forma, a atenção básica e a vigilância epidemiológica poderão, em tempo oportuno, avaliar o processo de trabalho e se há falta do imunobiológico/insumo, para criar estratégias que permitam o aumento da cobertura; sempre levando as dificuldades para a reunião da CIR.

15 Estratégia de Gestão- Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à Pandemia da COVID-19 na esfera local.

16 BRASIL . Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

17 MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

Olga alertou Júlia que nunca se pode deixar findar o ano para identificar que a cobertura vacinal em menores de um ano não alcançou a meta esperada. O que ocorreu em Céu Azul evidencia ausência de monitoramento e controle de crianças imunizadas bem como das doses de vacina administradas, tanto por parte da vigilância epidemiológica quanto pela atenção básica.

A experiente gestora explicou também que o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização - SI-PNI possibilita o acompanhamento e a avaliação da cobertura vacinal a partir do registro de doses de vacinas aplicadas por faixa etária, em determinado período, em uma área geográfica. Lembrando que as vacinas e outros imunobiológicos aplicados nas UBS deverão ser registrados exclusivamente por meio do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e da Coleta de Dados Simplificada (CDS) da estratégia e-SUS AB ou de sistemas próprios ou terceiros devidamente integrados à estratégia e-SUS AB, que deverão ser migrados para o SI-PNI.

Olga destaca que a vacinação contra as doenças imunopreveníveis é uma das principais ações, comprovadamente eficaz, de prevenção de surtos e epidemias.

Ao final da conversa, Olga sugeriu à Júlia, a visita de Eduardo, Coordenador de Vigilância em Saúde de Vila SUS, ao município de Céu Azul, a fim de contribuir na organização da vigilância em saúde.

Júlia aceitou a oferta de Olga e reuniu sua equipe, onde juntos decidiram pela realização de uma oficina com Eduardo para estruturar as ações de vigilância em saúde em Céu Azul. Agindo assim, a gestora espera por uma maior adesão dos trabalhadores nas mudanças necessárias.

Eduardo iniciou a oficina abordando que o acompanhamento das condições de saúde se dá, principalmente, através da Notificação que é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes.

Além disso, apresentou algumas definições já trazidas pelas portarias ministeriais:

BRASIL. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 588 de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

<http://projetoaedesnamira.com.br/>

www.conasems.org.br (ferramentas de apoio)

BRASIL. Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.



Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)

é alimentado pelas notificações e investigações de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória¹⁸, mas, é facultado a Estados e Municípios incluir outros problemas de saúde de relevância para a saúde pública da região. O acompanhamento do número de casos de uma doença em uma área ao longo do tempo permite identificar a ocorrência de surtos ou epidemias. Não existe um percentual pré-estabelecido para todas as doenças. Às vezes, um ou dois casos podem ser considerados um surto em lugares onde nunca ocorreu um determinado agravo.



Epidemia: Elevação do número de casos de uma doença ou agravo, em um determinado lugar e período de tempo, caracterizando, de forma clara, um excesso em relação à frequência esperada.



Surto: Tipo de epidemia em que os casos se restringem a uma área geográfica geralmente pequena e bem delimitada ou a uma população institucionalizada (creches, quartéis, escolas, entre outros)¹⁹. A Vigilância Epidemiológica também registra dados da Declaração de Nascido Vivo e da Declaração de óbito para obtenção de informações que auxiliam no estudo da demografia, morbidade e mortalidade da população.



Sistema de Informação de Mortalidade (SIM): Sistema para registro de dados de mortalidade, cujas variáveis permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde.



Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC): Registra dados referentes aos nascimentos a fim de subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança, além de propiciar um aporte significativo de dados sobre nascidos vivos, com suas características mais importantes, como: sexo, local onde ocorreu o nascimento, tipo de parto e peso ao nascer, entre outras.

Um ponto importante registrado na oficina, foi a preocupação da equipe

18 BRASIL. Capítulo I do Anexo V da Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

19 Idem nota 4.

com o controle de zoonoses no município, pois o município não possuía Unidade de Vigilância de Zoonoses-UVZ. Muitas dúvidas surgiram e então Eduardo informou à equipe sobre o Manual de Vigilância, Prevenção e Controle de Zoonoses²⁰, que esclarece sobre as normas técnicas e norteia as ações a serem desenvolvidas e executadas nos municípios para a prevenção, proteção e promoção da saúde humana, quando do envolvimento de riscos de transmissão de zoonoses e de ocorrência de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, de relevância para a saúde pública. Eduardo seguiu dizendo que estas ações devem ser executadas pela equipe municipal independentemente da existência de uma UVZ. Explicou que UVZ são estruturas físicas e técnicas que executam ações referentes à vigilância, à prevenção e ao controle de zoonoses e de acidentes causados por animais peçonhentos e venenosos, que beneficiem de forma direta a saúde da população humana. Por demandarem equipe especializada, equipamentos, insumos, estrutura física e recursos financeiros para sua manutenção, não são viáveis para todos os municípios. Desta forma, a instalação de uma UVZ como referência para vários municípios de uma região de saúde, poderia ser discutida no âmbito regional. No entanto, muitas ações de vigilância das zoonoses, podem ser executadas por todos os municípios, independente do porte.

Júlia relatou à Eduardo que a Ouvidoria municipal de Céu Azul tem recebido muitas reclamações sobre presença de escorpiões nos quintais e moradias da população. Foi também comunicada pela vigilância epidemiológica que o número de acidentes por animal peçonhento vem aumentando no SINAN. Eduardo disse que é essencial realizar o controle das populações de escorpiões de maneira oportuna, pois estes animais podem sobreviver vários meses sem alimento ou água, o que dificulta sobremaneira seu controle. Informou que as áreas de risco devem ser mapeadas e monitoradas continuamente e que as estratégias de manejo e controle de escorpiões constam no Manual de Controle de Escorpiões do Ministério da Saúde²¹. Destacou a importância da conscientização da população e do trabalho integrado da vigilância em saúde e atenção básica para diminuir a incidência dos acidentes escorpiônicos.

Ao finalizar a oficina de trabalho, foi consenso do grupo que para melhorar os resultados das ações e serviços de saúde, é imprescindível inserir na agenda do gestor um processo de monitoramento e planejamento de como realizar a territorialização e promover a integração entre a Atenção Básica e a Vigilância.

20 MINISTÉRIO DA SAÚDE –MS. Manual de vigilância, prevenção e controle de zoonoses - normas técnicas e operacionais. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2016.

21 Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Manual de controle de escorpiões. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009.

Como gerir as ações de Vigilância Ambiental em seu município

A degradação do ambiente decorrente do modelo de desenvolvimento adotado pelo Brasil, levou à necessidade de superação do modelo de Vigilância em Saúde baseado em agravos, incorporando a temática ambiental nas práticas da Saúde Pública²², de modo a prevenir os riscos à saúde decorrentes da exposição a contaminantes ambientais, mudanças climáticas, escorregamentos de massa (deslizamentos), contaminantes atmosféricos, entre outros.

Em Céu Azul, desde o início do verão, vem sendo constatado o aumento do número de atendimentos de casos suspeitos de Dengue²³, Zika e Chikungunya e um desses casos evoluiu para óbito. Neste momento, ocorreram fortes chuvas que ocasionaram inundação e deslizamento de terra em várias partes da cidade, sendo necessária a abertura de um abrigo na escola municipal para atender a população desabrigada.

Bastante preocupada, a gestora busca apoio no Grupo de Trabalho (GT) de vigilância em saúde da CIR de sua região. Nesta reunião, onde procurou Olga, Júlia levou o relatório do Levantamento de Índice Rápido para *Aedes aegypti* (LIRAA) que recebeu de sua equipe, que evidenciou alto risco para a dispersão do *Aedes aegypti* no território.

Olga recomendou à Júlia, que mantivesse as ações de controle das arboviroses em seu município, pois são agravos endêmicos na região e não devem ser negligenciados. Considerou importante manter profissionais capacitados e sugeriu à Júlia, usar as ferramentas da estratégia Aedes na Mira²⁴, que surgiu de uma parceria da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS/MS com o Conasems, com objetivo de oferecer ferramentas EAD autoinstrutivas e com tutoria para aprimorar o conhecimento da força de trabalho, por meio da capacitação de gestores e profissionais de saúde no enfrentamento às arboviroses e controle do Aedes e das doenças transmitidas por ele, não só para evitar a deflagração de uma epidemia, como também para evitar a ocorrência de óbitos decorrentes dessas doenças, além de aperfeiçoar o conhecimento dos profissionais em vigilância em saúde e entomologia.

Na sua gestão anterior, Olga enviou um profissional de seu município para o curso semipresencial de entomologia, ofertado na época pelo projeto e este passou a ser referência para os municípios da região de Vale Feliz, o que estimulou que todos os colaboradores ligados à atenção básica e vigilância em saúde realizassem a capacitação EAD de Vigilância Aplicada à Saúde Pública. Olga relata que esse profissional elaborou um Projeto de

22 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Seca e Estiagem. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2015.

23 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009.

24 <https://www.projetoaedesnamira.com.br>

intervenção municipal para controle do Aedes no município de Vila SUS, o qual foi selecionado para ser apresentado no I Encontro Nacional do Projeto Aedes na Mira, realizado durante o XXXV Congresso do CONASEMS. Olga enfatiza que isso foi muito importante para o município, pois propiciou a oportunidade de mostrar o trabalho que vinha sendo executado pela equipe de Vigilância, além de promover um diálogo qualificado com especialistas, tutores e parceiros do projeto sobre as diversas experiências apresentadas pelos demais alunos participantes do Encontro.

Olga diz que ficou muito entusiasmada quando foi convidada juntamente com esse profissional a participarem de uma Oficina de apoio à Implementação dos projetos de intervenção desenvolvida pelo CONASEMS. Durante a oficina, ela teve a oportunidade de discutir com especialistas, as facilidades, potências, dificuldades e desafios na implementação do projeto de intervenção no território do seu município e pôde também apontar soluções, possibilidades de ações e estratégias para superar esses obstáculos. Ela disse que devido à pandemia, o CONASEMS realizou nova Mostra dos projetos de intervenção, dessa vez de forma virtual e que seria interessante que Júlia assistisse e divulgasse à sua equipe, pois esta é uma forma de verificar experiências que estão sendo desenvolvidas sobre o controle do Aedes em outros municípios, as quais estão disponíveis no canal do CONASEMS no Youtube²⁵.

Olga relatou à Júlia, que inclusive, seus profissionais realizaram as aulas no horário de expediente de trabalho, pois considera este tipo de ferramenta primordial para o aprimoramento do trabalho em seu município²⁶. Outras ferramentas EAD que foram construídas no âmbito do Aedes na Mira são a de Entomologia Aplicada à Saúde Pública e a de Combate ao Aedes na Perspectiva da Integração da Atenção Básica e Vigilância em Saúde. Olga informa que atualmente, estas ferramentas permanecem disponíveis para acesso no site do Projeto²⁷ e sugere à Júlia que seus servidores realizem tais capacitações, bem como a divulgação junto ao Conselho Municipal de Saúde de Céu Azul, caso os conselheiros queiram aprofundar seus conhecimentos em Vigilância em Saúde ou Entomologia.

Quanto ao levantamento de índice de infestação do mosquito transmissor das arboviroses, o grupo apontou que o LIRAA é uma metodologia²⁸ que permite saber, em curto espaço de tempo, quais áreas têm alta infestação do vetor, quais tipos de criadouros preferenciais e, com isso, proporciona

25 Projeto Aedes na Mira. 1º Encontro virtual do Projeto Aedes na Mira. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ZwYU9xd6R5g&feature=emb_title

26 BRASIL. Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

27 <http://projetoaedesnamira.com.br/> (matrícula)

28 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Levantamento rápido de índices para Aedes aegypti – LIRAA – para vigilância entomológica do Aedes aegypti no Brasil: Metodologia para avaliação dos índices de Breteau e Predial e tipo de recipientes. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2013.

um direcionamento mais eficiente nas ações contra a Dengue. Os dados do levantamento são importante instrumento para as equipes de saúde que, com seu conhecimento do território do município, conseguem facilmente identificar áreas de risco.

Ainda pautados pelo tema infestação do *Aedes*, o grupo defende que o controle do mosquito deve ser feito através da forma mecânica, biológica e química, sendo que o controle mecânico deve sempre ser priorizado, em detrimento das demais formas. Explicam que o controle mecânico não é responsabilidade apenas do setor saúde, deve ser uma ação intersetorial, englobando diversas áreas do governo municipal. Informam que dentre as principais ações deste tipo de controle, destacam-se o reforço na coleta de resíduos sólidos, com destino final adequado; a coleta, armazenamento e destinação adequada de pneumáticos e a vedação de depósitos de armazenamento de água, com a utilização de capas e tampas.

Júlia entendeu que será necessária uma conversa urgente com o Prefeito de Céu Azul, pois combater o *Aedes aegypti* demanda o envolvimento articulado de diversos setores – como educação, saneamento, limpeza urbana e segurança pública – assim como o envolvimento de parceiros do setor privado e da sociedade organizada, sobretudo porque é grande a responsabilidade comunitária na eliminação dos criadouros do mosquito em residências e domicílios.

Durante a reunião do GT de Vigilância da CIR, a secretária foi informada também que os controles “químico e biológico” (inseticidas e larvicidas) devem ser adotados de forma racional e segura, pois o emprego indiscriminado destes determina impactos ambientais, além da possibilidade de desenvolvimento da resistência dos vetores aos produtos. Ela foi ainda informada que deve haver um controle da saúde dos profissionais que manipulam inseticidas, com exames periódicos devidamente registrados sobre essa exposição²⁹.

29 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dengue - Instruções para pessoal de Combate ao vetor: Manual de normas técnicas. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2001



ATENÇÃO!



*A aplicação espacial a ultra baixo volume - UBV (fumacê) tem como função específica a eliminação das fêmeas de *Aedes aegypti* e deve ser utilizada somente para bloqueio de transmissão e para controle de surtos ou epidemias. Essa ação integra o conjunto de atividades emergenciais adotadas nessas situações e seu uso deve ser concomitante com todas as demais ações de controle, principalmente a diminuição de criadouros de mosquito.*

Os técnicos da vigilância em saúde de Céu Azul informaram à Júlia que há dois anos, foi instituído o Comitê Municipal de Mobilização para prevenção das doenças causadas pelo Aedes, o qual monitora e fomenta discussões a respeito da eficácia das ações de vigilância em saúde, da assistência médica na atenção básica, e, sobretudo, sobre a responsabilidade social no controle do vetor.

Júlia percebeu a importância da educação em saúde que também exerce importante papel nesse processo. Assim, a mobilização deve ser compreendida como suporte para as ações de gestão do SUS, utilizando-se das ferramentas da comunicação e da educação para fazer chegar à comunidade o papel de cada um no controle dessa doença.

Júlia recebeu ainda dos técnicos, o último Plano de Contingência para enfrentamento da Dengue, Zika e Chikungunya, que ainda se encontrava em vigor no Município.

Além da infestação por mosquitos, a gestora ainda tinha que lidar com a grave situação dos deslizamentos de terra e alagamentos na cidade. Foi então que os técnicos a informaram que a SMS, por meio da Vigilância Ambiental³⁰, deverá atuar articulada com as demais áreas do governo municipal visando a prestação de serviços essenciais para proteção e garantia do bem estar da população afetada e que é imprescindível também integrar-se com as instituições que atuam em emergências, em especial com a Defesa Civil. Disseram que esta área é também responsável pela coordenação do sistema de informação de vigilância e controle de desastres naturais e tecnológicos e identificação, acompanhamento e avaliação das ações, indicadores e metas pactuadas.

Os técnicos da CIR explicaram que em caso de desastres, a Atenção Básica e a rede de urgência e emergência³¹ darão suporte no atendimento

30 Ministério da Saúde – MS. Manual de vigilância ambiental em saúde. Brasília: Funasa, 2002.

31 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública por Inundação. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

direto à população. Já a vigilância em saúde será responsável pelo monitoramento, identificação das condições de saúde da população e do ambiente e orientação de condutas visando a redução de riscos³².

Júlia indagou sua equipe sobre quais seriam os principais encaminhamentos necessários do ponto de vista da vigilância em saúde e, recebeu as seguintes propostas de ação:

- *Verificar se a água que está sendo utilizada para o consumo humano está condizente com os padrões de potabilidade³³;*
- *Monitorar os agravos decorrentes da emergência, adotando ações de controle no campo da vigilância em saúde;*
- *Monitorar a estrutura sanitária dos abrigos, com especial atenção às questões relacionadas ao esgotamento sanitário, à água e alimento;*
- *Fiscalizar os serviços de alimentação, os comércios de alimentos e bebidas, os estabelecimentos farmacêuticos e os serviços de saúde nas áreas atingidas, realizando a inutilização de produtos e insumos impróprios ao consumo e a interdição de estabelecimentos, quando necessário;*
- *Prever Atendimento Médico nos abrigos distantes de unidades de saúde;*
- *Verificar o aparecimento de ratos e serpentes³⁴, pois a presença desses animais pode resultar em doenças e acidentes de interesse para a saúde pública.*

Júlia toma conhecimento pela área técnica, que a vigilância da qualidade da água para consumo humano é uma atribuição deste segmento há mais de três décadas e que essa vigilância consiste em um conjunto de ações a serem adotadas pelas autoridades de saúde pública, objetivando garantir que a água consumida pela população atenda ao padrão e normas estabelecidas na legislação vigente.

Os técnicos a informam sobre a legislação que estabelece que o controle da qualidade da água é de responsabilidade de quem oferece o abastecimento coletivo ou de quem presta serviços alternativos de distribuição. No entanto, cabe às autoridades de saúde pública, através do programa VIGI-ÁGUA, a missão de verificar se a água consumida pela população atende às determinações desta portaria, inclusive no que se refere aos riscos que os sistemas e soluções alternativas de abastecimento de água representam para a saúde pública.

As principais ações desenvolvidas pela equipe do VIGIÁGUA do município de Céu Azul são:

32 MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2014.

33 Brasil. Portaria nº 2.914/MS de 12 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

34 Ministério da Saúde – MS. Manual de controle de roedores. Brasília: FUNASA, 2002.



Monitorar a qualidade da água fornecida pelo Sistema de Abastecimento Público e Soluções Alternativas Coletivas, realizando coletas e análises mensais de amostras de água;



Acompanhar e avaliar as análises de água de controle realizadas pela Concessionária de Abastecimento de Água e pelos responsáveis pelas Soluções Alternativas Coletivas;



Realizar inspeções no Sistema de Abastecimento e nas Soluções Alternativas;



Conceder e acompanhar os cadastros do Sistema de Abastecimento e de Soluções Alternativas.

A equipe que atua juntamente com Júlia na gestão de Céu Azul, informou à gestora que para avaliar as ações desenvolvidas pela Vigilância Ambiental em Saúde do município, eles podem usar os resultados dos LIRAA e do alcance de meta dos indicadores do PREVINE Brasil (ver capítulo 11 – Atenção Básica no município) e do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS)³⁵, a saber:

PQAVS: Consiste em um programa de qualificação, cujos dados municipais e estaduais anualmente são avaliados pelo Grupo Técnico de Vigilância em Saúde – GTVS, sendo este tripartite. Esta avaliação resulta na publicação de uma portaria que vigora sempre no próximo período.

35 BRASIL. Portaria n.º 1.520 de 30 de maio de 2018. Altera os Anexos XCVIII e XCIX à Portaria de Consolidação n.º 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, com a inclusão de metas e indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde - PQA-VS, a partir de 2018.

TABELA 1: PERCENTUAL DO INCENTIVO FINANCEIRO A SER REPASSADO AOS MUNICÍPIOS DE ACORDO COM A POPULAÇÃO E O NÚMERO DE METAS ALCANÇADAS

METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO	METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO	METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO
<i>0 a 10.000 hab</i>		<i>10.001 a 30.000 hab</i>		<i>30.001 a 50.000 hab</i>	
1	10	1	10	1	10
2	30	2	25	2	25
3	50	3	40	3	40
4	70	4	55	4	50
5	90	5	75	5	65
6	100	6	90	6	80
		7	100	7	90
				8	100
METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO	METAS ALCANÇADAS	% INCENTIVO		
<i>50.001 a 100.000 hab</i>		<i>Mais de 100.000 hab</i>			
1	10	1	10		
2	20	2	20		
3	30	3	30		
4	40	4	40		
5	50	5	50		
6	60	6	60		
7	70	7	70		
8	90	8	80		
9	100	9	90		
		10	95		
		11	100		

Atualmente o PQAVS consiste em 14 indicadores e o cumprimento dos indicadores é escalonado conforme o porte populacional do município, ou seja, quanto menor o município, menor o número de indicadores que ele tem que cumprir para conseguir o incentivo anual, conforme tabela abaixo. É aconselhável que estes indicadores sejam acompanhados regularmente ao longo do período, como forma de garantir o alcance das metas estabelecidas. Se forem observados apenas no final do ano, não haverá tempo para adoção de estratégias para aqueles que não foram alcançados.

Fonte: BRASIL. Portaria nº 1.708, de 16 de agosto de 2013.

Como implantar e gerir a Vigilância Sanitária no município

Após o desastre ocorrido no município e com o fim das fortes chuvas, Céu Azul começou a se reerguer. O aniversário da cidade se aproxima e a secretaria de turismo está organizando uma grande festa. A proposta inicial da prefeitura é autorizar a montagem de estruturas para a venda de comidas e bebidas típicas na única praça da cidade, onde ocorrerão diversos eventos para entretenimento de moradores e visitantes.

O município de Céu Azul possui produtores de queijo artesanal, o que gera uma importante fonte de recurso para o município e principalmente para os produtores³⁶. Após a conversa com Olga, Júlia ficou convencida da importância da estruturação das ações de vigilância sanitária para gerar o desenvolvimento sustentável de seu município e contribuir para que a produção de queijo ocorra dentro das boas práticas a fim de garantir a segurança dos produtos para o consumo humano. Essa é a grande questão, pois isto tem que ser proposto sem interferência no processo de fabricação artesanal, para não alterar a essência dos produtos e esse é um processo conjunto de troca de saberes³⁷.

Depois da reunião com Olga, Júlia passou a entender a vigilância sanitária como sendo um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde. Compreendeu que nem todas as atividades econômicas necessitam de licenciamento prévio para iniciar suas atividades, que sua equipe deve priorizar os estabelecimentos cujos produtos e serviços

36 Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 49 de 31 de outubro de 2013 - Dispõe sobre a regularização para o exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências.

37 Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 207 de 03 de janeiro de 2018 - Dispõe sobre a organização das ações de vigilância sanitária, exercidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas, Fiscalização, Inspeção e Normatização, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS.

prestados ofereçam maior risco à população, além de focar nas ações de pós mercado - ações de verificação da conformidade dos produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária após a entrada no mercado, por meio de inspeções, notificações de eventos adversos e desvio de qualidade, análises laboratoriais, levantamento e gestão de denúncias e informações recebidas para a prevenção de riscos e agravos à saúde da população.

Preocupada em garantir a proteção da saúde da população e dos visitantes de Céu Azul, Júlia procurou a Secretaria Estadual de Saúde para esclarecer as principais dúvidas sobre as atribuições da secretaria de saúde na realização do evento, principalmente no que se refere às ações da Vigilância Sanitária (VISA).

Foi orientada que uma das ações mais importante da VISA é sempre a educação sanitária. A equipe técnica da SES se colocou à disposição para treinar a equipe de Céu Azul e ainda entregou a Júlia um formulário com as seguintes orientações:

- *A equipe da VISA, devidamente identificada, deve visitar o local onde acontecerá o evento e inspecionar todos os estabelecimentos comerciais que manipulem e vendam alimentos e bebidas, verificando se os manipuladores de alimentos têm conhecimento e fazem uso das boas práticas de manipulação;*
- *Verificar o estado de saúde e asseio dos trabalhadores que manipulam os alimentos;*
- *Inspeccionar toda a área de manipulação dos alimentos, observando as condições de armazenagem e estocagem dos mesmos e como se dá o fluxo dentro da cozinha, desde a chegada da matéria-prima até a entrega da alimentação preparada nas mãos do consumidor;*
- *Verificar se há barreira física que impeça a entrada e acesso de vetores e pragas;*
- *Coletar amostra e analisar a qualidade da água usada no local;*
- *Caso seja constatado problemas no processo de produção dos produtos e/ou alteração na aparência e cheiro, esses devem ser recolhidos e encaminhados para análise no laboratório de referência do município.*

É sabido que a vigilância sanitária de um município deve ser subordinada à secretaria municipal de saúde e suas ações são direcionadas por um complexo e bem definido sistema chamado Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cujo órgão coordenador é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Em Céu Azul, a vigilância sanitária não está constituída oficialmente no organograma da Secretaria municipal de saúde. Há somente um decreto municipal bem antigo que aponta apenas algumas ações da vigilância sanitária e uma pequena equipe composta de: 01 médico veterinário, 01 farmacêutica (que divide sua carga horária prestando cuidados farmacêuticos na rede municipal de saúde) e 01 fiscal sanitário de nível médio.

Desta forma, Júlia foi orientada pela VISA estadual a adequar a realidade de Céu Azul à legislação vigente. Para começar, é necessário que o município institua o código sanitário municipal.

O “Código Sanitário” é um instrumento facilitador das ações da VISA, tanto para o Estado quanto para o Município, ainda que não seja imprescindível. No entanto, o processo de elaboração de um código desta natureza envolve diversos segmentos da sociedade, apontando em alguma medida seu grau de mobilização e organização para o enfrentamento dos problemas relativos a esta área. Vale ressaltar que o mesmo deve ser aprovado pelo conselho municipal de saúde, levado para votação na câmara de vereadores do município e publicado em boletim oficial.

Dentro do código sanitário podem ser incluídos diversos temas, que vão desde o conceito e diminuição de riscos sanitários a quem são as autoridades sanitárias no município e como é composta a equipe de vigilância sanitária.

As legislações de inspeção do comércio de alimentos, estabelecimentos de saúde e interesse à saúde e todo estabelecimento sujeito à vigilância sanitária, engenharia e arquitetura e taxa sanitária municipal também são assuntos importantíssimos que não podem deixar de compor a legislação sanitária municipal.

Bastante entusiasmada pelo tema, Júlia quis participar, juntamente com sua equipe, de um Seminário sobre a legislação da Vigilância Sanitária, organizado pela RS. Durante o evento foi apontado que as principais normas que regem a VISA são:

- *Lei Federal nº 6437 de 20/08/1977 - Configura infrações à legislação sanitária federal;*
- *RDC nº 216 de 15/09/2004 - Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação;*
- *RDC nº 44 de 17/08/2009 - Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias; (está em processo de revisão, etapa de consulta pública. Devemos ficar atentos sobre seu status até conclusão do Manual)*
- *Lei Federal nº 5991 de 17/12/1973 - Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos;*
- *Lei nº 6360 de 23/09/1976 - Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos;*
- *RDC nº 207 de 03/01/2018 - Dispõe sobre as responsabilidades dos entes federados na execução das ações de vigilância sanitária afetas à Autorização de Funcionamento, Licenciamento, Registro, Certificação de Boas Práticas de Fabricação – CBPF, Fiscalização e Inspeção Sanitárias e Normalização Técnica, no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária – SNVS, e dá outras providências;*
- *RDC nº 153, de 26 de abril de 2017, alterada pela RDC 418, de 01 de setembro de 2020 e sua Instrução Normativa nº 66, de 01 de setembro de 2020.*
- *RDC nº 49 de 31/10/2013 - Dispõe sobre a regularização para o*

exercício de atividade de interesse sanitário do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário e dá outras providências.

- *O Código de saúde do estado em que a equipe de VISA atue, na ausência do Código sanitário municipal.*

Júlia não era a única gestora presente na reunião. Vários secretários municipais, recém-empossados, buscavam informações sobre como estruturar a Vigilância Sanitária em seus municípios. Uma das principais dúvidas era com relação à estrutura física e composição da equipe mínima para o funcionamento pleno da mesma.

Desta forma, eles foram orientados que o quantitativo e a qualificação dos profissionais que atuam em VISA devem ser suficientes para permitir a composição de equipes multiprofissionais, com enfoque multidisciplinar e capacidade de desenvolver trabalhos intersetoriais, de forma a garantir a cobertura das diversas ações, de acordo com as necessidades e os riscos sanitários a que estão expostas as populações, e que diante da diversidade existente entre os municípios, não há como padronizar números de profissionais para atuar na VISA e sim, elencar as necessidades municipais.

O processo de trabalho do profissional de Vigilância Sanitária impõe limitações quanto ao vínculo empregatício e impedimentos quanto ao exercício profissional, uma vez que, jurídica e eticamente, esse profissional não deve exercer concomitantemente a função de fiscal de VISA e outro cargo no Setor regulado. As ações de Vigilância Sanitária são ações do Estado e é indispensável reconhecer a necessidade de aplicação da imposição legal de poder – dever de fiscalizar e autuar os responsáveis por práticas que apresentem riscos à saúde individual e coletiva, situação que determina a de investir/designar os profissionais de VISA para o exercício da função de fiscal.

No Seminário, foi apresentado como sendo de fundamental importância para a estruturação de funcionamento da VISA:

- *Estrutura física com tamanho ideal para receber a equipe, seu material de trabalho e a população a ser atendida no local;*
- *Impressão de documentos oficiais usados durante e após as inspeções, termos, autos, relatórios, ou seja, todo e qualquer documento criado e publicado oficialmente pelo órgão da administração pública municipal;*
- *Material para coleta e análise de água, alimentos, aditivos e todo e qualquer material solicitado para apreensão, análise e envio ao laboratório oficial;*
- *Veículos para deslocamento das equipes, Kit de inspeção e material educativo.*

Ao final do evento, Júlia e sua equipe retornaram à Céu Azul prontos para a estruturação da Vigilância Sanitária Municipal³⁸. Aproveitando esse pro-

38 Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 153, de 26 de abril de 2017, alterada pela RDC 418, de 01 de setembro de 2020 e sua Instrução Normativa nº 66, de 01 de setembro de 2020.

cesso para integrar a vigilância sanitária com as vigilâncias epidemiológica, ambiental, saúde do trabalhador, propondo unificação de territórios na cidade, reuniões quinzenais para planejamento conjunto das ações e mensais para integração de ações com a equipe de atenção básica.

Para a primeira reunião da equipe, Júlia convidou Eduardo, que prontamente compareceu. Iniciada a reunião, a responsável pela vigilância epidemiológica informou que no dia anterior, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município havia notificado 02 (dois) óbitos suspeitos de covid-19 em residentes de uma Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI) do município. Júlia perguntou à equipe quais as ações deveriam ser adotadas frente a este caso, quando foram sugeridas as seguintes ações: As equipes de vigilância e da UBS daquele território deveriam visitar a instituição para orientá-la em como proceder para o isolamento e monitoramento dos suspeitos, rastreamento e quarentena dos contatos desses casos, orientar quanto às medidas preventivas para evitar a transmissão aos demais residentes e cuidadores da ILPI, monitorar diariamente sinais e sintomas em profissionais e residentes, verificar o uso de EPI pelos trabalhadores da casa, notificar os casos e registrá-los no e-SUS Notifica, além de prestar assistência àqueles que apresentarem sintomas. A equipe de vigilância sanitária sugeriu orientar a UPA e a funerária local com relação ao manejo dos corpos³⁹. Eduardo orientou a equipe a consultar o site da ANVISA, que traz muitas publicações sobre a covid-19, inclusive uma nota técnica específica para prevenção e controle de infecções pelo SARS-CoV-2 em ILPIs⁴⁰.

Como gerir as ações de Saúde do Trabalhador⁴¹ em seu município

O óbito de um trabalhador rural de apenas 31 anos foi notícia nos últimos dias em Céu Azul. O homem era responsável pela aspersão de inseticida numa fazenda local e foi internado após sentir fortes dores de cabeça, apresentar febre, falta de apetite, olhos amarelados e inchaço no abdômen. Como já havia registro de atendimentos a outros trabalhadores rurais com as mesmas queixas e sintomas, Júlia reuniu sua equipe de Vigilância em Saúde, pois caberá a eles, através da investigação conjunta pelas equipes de Vigilância Epidemiológica e Vigilância em Saúde do Trabalhador, articular a ação com as demais vigilâncias e com a atenção básica.

Em conversa com a equipe, Júlia foi informada que a demanda alertava para um problema que poderia estar ocorrendo com um coletivo de trabalhadores e, dessa forma, seria prioritária uma ação de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Entende-se por Saúde do Trabalhador um conjunto de atividades que

39 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manejo de corpos no contexto do Novo coronavírus - COVID-19. março de 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2020/04/manejo_corpos_coronavirus_versao1_25mar20_rev3-1.pdf

40 ANVISA. Instituições para idosos devem prevenir Covid-19.

41 BRASIL. Portaria n.º 3.120 de 1º de julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS, na forma do anexo a esta portaria, com a finalidade de definir procedimentos básicos para o desenvolvimento das ações correspondentes. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2 jul. 1998.

se destinam, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho⁴².

Já a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) compreende uma atuação contínua e sistemática, ao longo do tempo, no sentido de detectar, conhecer, pesquisar e analisar os fatores determinantes e condicionantes dos agravos à saúde relacionados aos processos e ambientes de trabalho, em seus aspectos tecnológico, social, organizacional e epidemiológico, com a finalidade de planejar, executar e avaliar intervenções sobre esses aspectos, de forma a eliminá-los ou controlá-los⁴³.

A VISAT não constitui uma área desvinculada e independente da vigilância em saúde como um todo, pelo contrário, pretende acrescentar ao conjunto de ações da vigilância em saúde, estratégias de produção de conhecimentos e mecanismos de intervenção sobre os processos de produção, aproximando os diversos objetos comuns das práticas sanitárias àqueles oriundos da relação entre o trabalho e a saúde.

Com base na Portaria GM/MS Nº 3.120 de 1998, pode-se dizer que a VISAT tem como objetivos:

- *Conhecer a realidade de saúde da população trabalhadora, independente da forma de inserção no mercado de trabalho e do vínculo trabalhista estabelecido;*
- *Intervir nos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde da população trabalhadora, visando eliminá-los ou, na sua impossibilidade, atenuá-los e controlá-los;*
- *Avaliar o impacto das medidas adotadas para a eliminação, controle e atenuação dos fatores determinantes dos riscos e agravos à saúde;*
- *Subsidiar a tomada de decisões das instâncias do SUS e dos órgãos competentes, nas três esferas de governo;*
- *Estabelecer sistemas de informação em saúde do trabalhador, junto às estruturas existentes no setor saúde.*

Sabendo que a VISAT é uma prioridade da Política Nacional de Saúde do Trabalhador⁴⁴, Júlia, desde que assumiu a gestão municipal de saúde de Céu Azul, es-

42 BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: [Lei Orgânica da Saúde]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 18.055, 20 set. 1990.

43 Ministério da Saúde – MS. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador. Manual de Gestão e Gerenciamento. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

44 BRASIL. Portaria GM/MS Nº 1.823 de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

forçou-se para implementar a mesma, garantindo condições técnicas às equipes para a realização das ações de saúde do trabalhador em sua abrangência.

No âmbito nacional, a Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)⁴⁵ foi instituída com o objetivo de estruturar a Rede de Serviços Sentinela⁴⁶ em Saúde do Trabalhador. Entre seus componentes estão os Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)⁴⁷, os quais têm o papel de prover retaguarda técnica especializada em saúde do trabalhador para o conjunto de ações e serviços da rede SUS. Estes centros desempenham função de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de assistência, promoção e vigilância à saúde dos trabalhadores, no âmbito da sua área de abrangência. É definido como uma instância de apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na Atenção Básica, bem como nos serviços especializados e de urgência e emergência.

Sempre que necessário, a equipe de Saúde do Trabalhador de Céu Azul deve acionar o CEREST localizado no município de Girassol, que é o polo da sua região de saúde e tem gerência estadual.

No caso em questão, o monitoramento deverá ser feito através de ações conjuntas entre as equipes de vigilância e da atenção básica, com o devido apoio do CEREST regional, acompanhando os trabalhadores que estão expostos e realizando inspeções no ambiente de trabalho, visando a conhecer os processos produtivos e o manejo dos produtos, observando as normas e legislações existentes relacionadas à promoção à saúde dos trabalhadores. A situação recém-ocorrida em Céu Azul refere-se a um caso grave de intoxicação por agrotóxicos, que culminou em um acidente de trabalho fatal e em outros casos de trabalhadores com suspeita de intoxicação exógena por agrotóxicos. São agravos de notificação compulsória, relacionados ao trabalho, que deverão ser investigados pela equipe de VISAT.

Diante do exposto, Júlia pactuou com a equipe da Saúde do Trabalhador que a secretaria municipal de saúde articulará ações intersetoriais com demais órgãos do governo, como Educação, Agricultura e Meio Ambiente, objetivando a construção de estratégias de combate e redução dos casos de intoxicação por agrotóxicos. Outras instituições como Ministério do Trabalho, representações de trabalhadores, conselho municipal de saúde e lideranças comunitárias também serão convidados a participarem da discussão.

A equipe da VISAT também deverá realizar ações educativas junto aos profissionais de toda a rede de saúde, principalmente no que se refere à importância da notificação dos agravos e preenchimento correto da ficha

45 BRASIL. Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências.

46 BRASIL. Portaria nº 205, de 17 de fevereiro de 2016. Define a lista nacional estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.

47 BRASIL. Portaria nº 2.437 de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENASt no Sistema Único de Saúde - SUS e dá outras providências.

de investigação epidemiológica, assim como alertar as comunidades sobre a amplitude do problema em questão.

Todas as decisões de Júlia e sua equipe foram pautadas nas obrigações e atribuições dos gestores municipais de saúde, orientadas pela portaria GM/MS nº 1.823 de 2012⁴⁸.

Após acompanhar de perto todo o trabalho da investigação do óbito e seus desdobramentos, Júlia avaliou que Céu Azul é um município com perfil produtivo voltado, principalmente, para as atividades agropecuárias, o que sugere um quantitativo expressivo de trabalhadores rurais. Então, faz-se necessário a construção do Cenário de Risco do Município, o qual deverá mostrar, minimamente, quais são os setores produtivos de Céu Azul, os possíveis agravos oriundos destes e a rede de saúde disponível para atender tais agravos e/ou referência para encaminhar os trabalhadores.

O apoio especializado da equipe técnica do CEREST de Girassol é fundamental para a elaboração deste material. Como mencionado anteriormente, esses órgãos são os principais irradiadores das ações da VISAT e devem contar com uma equipe multidisciplinar, favorecendo assim uma melhor ação interdisciplinar.

Convicta de que a AB desempenha um papel central na implementação da Política de Saúde do Trabalhador(a), Júlia solicitou ao CEREST que, em conjunto com sua equipe da VISAT, organizassem uma oficina para os profissionais das UBS de Céu Azul, de modo que pudessem incorporar conhecimentos, habilidades e atitudes na prática cotidiana, sobre o papel do trabalho na determinação das condições de vida, de saúde e doença dos(as) trabalhadores(as)⁴⁹.

Numa outra reunião de equipe, Júlia teve certeza de que a oficina foi proveitosa, pois soube pela gerente da UBS, que a equipe identificou um paciente que buscou atendimento com sintomas respiratórios, bastante nervoso por imaginar estar com covid-19. Durante o atendimento, ele informou ser trabalhador de uma movelaria do município de Rosa Amarela e, quando questionado sobre sua rotina de trabalho, afirmou que não usava os EPIs adequados à sua função. A equipe prestou atendimento ao paciente e notificou o caso. O CEREST e o gestor municipal de Rosa Amarela já haviam sido comunicados, a fim de tomarem as providências cabíveis com relação à saúde dos demais trabalhadores da movelaria.

Em reunião da CIB, Júlia contou sua experiência exitosa, como forma de estimular outros gestores a promoverem capacitação das suas equipes em saúde do trabalhador(a).

Olga parabenizou Júlia e aproveitou para explicar a todos, que assim como os CERESTs, existem outros pontos de atenção de vigilância em saúde na RAS, que devem ser discutidos no planejamento regional, pois normalmente são referência para vários municípios de uma região de saúde, citando alguns:

48 BRASIL. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

49 BRASIL. Cadernos da Atenção Básica nº41- Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília/DF,2018.

- **Serviço de Verificação de Óbito (SVO)⁵⁰** - Integra a vigilância do óbito, sendo o responsável por determinar a causa do óbito, nos casos de morte natural, sem suspeita de violência, com ou sem assistência médica, sem esclarecimento diagnóstico e, principalmente aqueles por efeito de investigação epidemiológica, o que para a sociedade é de grande importância, uma vez que pode colocar em evidência os possíveis riscos à saúde que estão em emergência, tanto os já conhecidos quanto os que não são comuns, ou ainda casos de uma doença nova em um determinado local. Diferem dos Institutos Médicos Legais (IML), órgãos ligados à Segurança Pública, que investigam óbitos por causas externas com suspeita de violência.
- **Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais (CRIEs)⁵¹** - Têm como finalidade facilitar o acesso da população aos imunobiológicos especiais, em especial das pessoas com imunodeficiências congênita ou adquirida e de outras condições especiais de morbidade ou pessoas expostas a situações de risco. Além disso, os CRIEs buscam garantir os mecanismos necessários para investigação, acompanhamento e elucidação dos casos de eventos adversos graves e/ou inusitados associados temporalmente à aplicação de imunobiológicos.
- **Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH)⁵²** - Unidade operacional responsável pelo desenvolvimento das atividades de vigilância epidemiológica no ambiente hospitalar. Suas atividades têm como objetivos a ampliação da rede de detecção, a notificação e a investigação dos agravos de notificação obrigatória, bem como a detecção de óbitos de mulheres em idade fértil, de óbitos maternos declarados, de óbitos infantis e fetais, de óbitos por doença infecciosa e por causa mal definida.

50 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Verificação de Óbito (SVO). Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/cgiae/vigilancia-do-obito/servico-verificacao-obito/>

51 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centros de Referências de Imunobiológicos Especiais (CRIEs). Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/vacina-para-grupos-especiais>

52 BRASIL. Portaria nº. 2.529, de 23 de novembro de 2004. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia.

- **Unidade Sentinela para vigilância da influenza**⁵³ - Serviços de saúde que realizam a *Vigilância Sentinela da influenza*, que possui dois componentes: *Vigilância de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Vigilância de Síndrome Gripal (SG) em serviços de saúde de demanda espontânea*. Estas unidades tem por objetivo identificar a circulação dos vírus respiratórios de acordo com a patogenicidade, virulência em cada período sazonal, existência de situações inusitadas ou o surgimento de novo subtipo viral, além do isolamento de espécimes virais e o respectivo envio oportuno ao Centro Colaborador de referência para as Américas e para a Organização Mundial da Saúde (OMS), visando à adequação da vacina da influenza sazonal, bem como o monitoramento da circulação de vírus respiratórios.

- **Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)**⁵⁴ - São estruturas voltadas à melhoria da capacidade de detecção e resposta aos riscos de disseminação de doenças/agravos. Tem por objetivo principal fortalecer a capacidade do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para identificar precoce e oportunamente emergências em saúde pública, a fim de organizar a adoção de respostas adequadas que reduzam e contenham o risco à saúde da população.

53 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Unidade Sentinela para vigilância da influenza. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/vigilancia_sentinela_de_sg_no_brasil_final.pdf

54 Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS). Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/emergencia-em-saude-publica/cievs>

13

FORTALECENDO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

Ao assumir o cargo de Secretária Municipal de Saúde do município de Céu Azul, Júlia iniciou seu trabalho percebendo que inúmeros seriam os desafios a serem enfrentados. A começar pela Atenção Básica e seus problemas. De início, percebeu nos relatórios que sua equipe lhe apresentou, uma grande quantidade de encaminhamentos à rede especializada para serviços em outros municípios, de acordo com a rede pactuada na CIR. A falta de cuidado antes do agravamento destas doenças, pode causar internações desnecessárias. A covid 19 ocupa espaço nos serviços, prejudicando ainda mais a rotina no enfrentamento às demandas da Atenção Básica.

Júlia sabia que esses agravos acometem mais pessoas idosas, exatamente o mesmo grupo de maior risco para covid-19.

Ansiosa e preocupada com esses casos que poderiam ser amenizados com o devido cuidado na





Atenção Básica, Júlia procura Olga, que a aconselha a antes de tomar qualquer decisão, que ela agende esta discussão durante o processo de planejamento do início da gestão. Olga sugere que eles atualizem o planejamento das ações a serem executadas já previstas no Plano Municipal de Saúde (PMS) que foi construído na gestão anterior e que orienta a nova Programação Anual de Saúde (PAS) de 2021. Este é o momento de atualização, a partir do cenário que está se desenhando no município.

Júlia se recorda da fala de Jorge, representante da Regional de Saúde, na primeira reunião feita com os municípios, quando ele apresentou o perfil epidemiológico da região de saúde e os indicadores de cada município. Se lembrou que as doenças do aparelho circulatório eram a principal causa de óbitos da região, seguida das doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para o câncer de pulmão, e em terceiro lugar as causas externas. Júlia perguntou à Olga o que ela, com sua experiência na gestão municipal, aconselharia fazer para modificar esta situação.

Olga conversa com Júlia sobre a importância do mapa estratégico para o sucesso da gestão e diz que isso é essencial para a organização dos processos de trabalho e para o desempenho das atividades de forma eficiente. Enfatizou que as doenças do aparelho circulatório se referem às doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos e as mais importantes por causarem mais mortes, são o infarto do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a hipertensão arterial. E que estes agravos são determinados por vários fatores de risco, como o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, a alimentação inadequada e a inatividade física.

J: Então são doenças associadas a maus hábitos de saúde e dependem do comportamento de cada um? É só incentivar que as pessoas mudem seu estilo de vida, como parar de fumar, parar de consumir bebidas alcólicas, praticar atividades físicas, adotar uma alimentação mais saudável?

O: Não é tão simples assim. Embora não possamos negar o papel do indivíduo nas tomadas de decisões referentes à sua saúde, também não podemos negar que estes comportamentos são influenciados pelo contexto sócio-político-econômico que as pessoas vivem. Se estão ou não empregadas, pelo salário que recebem, local que residem, pelas condições de moradia que têm, se possuem algum lazer, se têm acesso a serviços de saúde e educação. Ou seja, a produção da saúde está intimamente ligada ao contexto social das pessoas.

Após a conversa com Olga, Júlia nota a importância de conhecer melhor seu território e resolve pautar esta discussão e mobilizar um planejamento participativo com sua equipe, a fim de formular ações e estratégias para o enfrentamento das necessidades do município. Para ajudar Júlia no processo de planejamento de Céu Azul (ver capítulo 2), Olga disponibiliza a participação de Valéria, coordenadora de Atenção Básica e de Eduardo, coordenador da Vigilância em Saúde, ambos do município de Vila SUS,

com o apoio de Vitória, apoiadora do Cosems, para que Júlia se oriente na condução das atividades junto à sua equipe.

Durante o planejamento inicial de Céu Azul, os técnicos abordam a importância do conhecimento do território, da integração das ações de Vigilância em Saúde (VS) e Atenção Básica (AB)¹ e enfatizam que o principal objetivo da VS é o conhecimento da distribuição, da magnitude e da tendência das doenças nos territórios e de seus fatores de risco (ou de proteção) na população e que esses dados subsidiam a AB na execução das ações no território². (Ver Capítulos 2 – Planejando o SUS no município e 11 - Atenção Básica no município). Como parte do processo de planejamento, apresentam e analisam relatórios de monitoramento e avaliação e manifestam que essa deveria ser uma prática permanente do trabalho em equipe da SMS. Vitória relata que também é fundamental identificar os condicionantes físicos, sociais, econômicos e ambientais de cada território, que são componentes importantes na análise situacional para o plano municipal de saúde. Reforça ainda que para enfrentar estes condicionantes e determinantes, a intersetorialidade e a participação da comunidade são imprescindíveis. Enfatiza que a saúde apenas não é capaz de mudá-los.

Eduardo expõe que em Céu Azul, a maior incidência de óbitos ocorre por doenças do aparelho cardiovascular, tendo como primeiras causas: o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), representando 22% do total das mortes, a hipertensão arterial com 12,7% e o AVC com 7%. Ele relata que a taxa de mortalidade por câncer de pulmão no sexo masculino tem apresentado aumento nos últimos anos, com 18,5/10.000 homens e que ocorreram 10 óbitos por acidente de trânsito no último ano, dos quais 05 eram jovens e estavam alcoolizados. Expõe que no município as principais atividades econômicas são a agropecuária e comércio local e que devido à crise econômica estabelecida no país por conta da pandemia por covid-19, foram fechados muitos postos de trabalho, gerando desemprego. Por fim, informa que a taxa de analfabetismo na população acima de 15 anos apresenta-se elevada, com 8,5% e há filas de espera em todas as escolas públicas para matricular crianças no ensino fundamental; que o IDH do município é de 0,476 e o saneamento básico inadequado - cobertura dos serviços de água - 90% e esgoto alcança apenas 54,8% da população.

Um dos trabalhadores presentes se manifesta: se vamos discutir os indicadores de saúde, por que nos apresentam estas outras informações? Não temos como resolver questões de educação e saneamento. Por que não

1 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 588 de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde.

2 BRASIL. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

cuidamos só dos problemas de saúde que aparecem nos serviços?

Essa indagação abriu uma discussão central para as ações de promoção da saúde:

- *Por que investir em transformar os determinantes sociais da saúde?*
- *Quais as vantagens e dificuldades do trabalho intersectorial?*
- *Como construir um projeto de promoção da saúde intersectorial e com a população?*
- *É possível avaliar ações de promoção da saúde? Como?*
- *Como enfrentar as doenças e agravos não transmissíveis -DANTs de forma intersectorial?*

Territórios e Determinantes Sociais da Saúde

No Brasil, nos comprometemos com a perspectiva de que saúde é diferente da ausência de doenças. Entendemos que a saúde é efeito de políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de adoecer e favoreçam a vida³. Ou seja, sabemos que garantir a saúde da população envolve acesso a ações e serviços planejados, organizados e executados sob responsabilidade do Sistema Único de Saúde, mas também a existência de condições de vida favoráveis à saúde nos territórios.

Cada território é um espaço em que circula um conjunto de saberes, poderes, necessidades, desejos, valores e discursos que se organizam e reorganizam dinâmica e especificamente a cada momento. Ele não é um espaço estático. Ao contrário, é espaço dinâmico, em que as ações humanas locais (saber cotidiano das comunidades e profissionais diversos que ali estão) e remotas (leis e normas globais) se encontram⁴.

Como Júlia e sua equipe compreenderam, conhecer um território é mergulhar nele, entender sua realidade a partir de dentro, de como a vida aí se organiza. Por isso, é importante que os dados e informações em saúde (mortalidade, morbidade, índice de infestação etc.) conversem com outras informações e saberes (estrutura das moradias e do saneamento, existência de escolas, associações de moradores e/ou organizações coletivas etc.). É preciso compreender os determinantes sociais da saúde que sempre estão em jogo!

Os determinantes sociais da saúde são as circunstâncias em que cada sujeito vive. São os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, comportamentais e ambientais que influenciam e permitem

3 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n 39, de 2001.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf

a cada um criar seu modo de viver, produzindo mais ou menos saúde.^{5,6}

Analisar as situações de saúde considerando os seus determinantes sociais e efetivar ações que objetivem a sua transformação para melhorar a qualidade de vida, tem impacto positivo na redução da carga de doenças e no uso dos recursos da saúde. Porém, exige estratégias e ações intersetoriais uma vez que não é de responsabilidade do setor saúde financiar nem responder por todos os aspectos⁷ que determinam o processo saúde-adoecimento.

Eduardo e Valéria explicaram que reconhecer a importância de trabalhar pela melhoria da qualidade de vida não é se responsabilizar por “dar conta” de toda determinação social da saúde. Por isso, o planejamento poderia se dar a partir da sistematização dos determinantes em quatro “camadas”:



Condições macroestruturais (legislação nacional, projeto de desenvolvimento e modelo produtivo do país, globalização entre outros);



Condições de vida e de trabalho (acesso a serviços essenciais, moradia, renda, etc.);



Condições de suporte social (redes comunitárias e de apoio);



Condições individuais (estilos de vida e comportamentos individuais).

Olhar a realidade com base nessas “camadas” ajudaria a sistematizar as linhas de atuação e identificar os parceiros necessários para enfrentar os problemas com as DANTs em Céu Azul.

Após todas estas explicações de Eduardo e Valéria, foram formados pequenos grupos, em que a equipe pode discutir os dados apresentados do seu território, reconhecer as potências, fragilidades e propor ações para o enfrentamento das dificuldades e desafios encontrados. Os grupos tiveram

5 Castro AM et al. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: CEAD/FUB, 2010. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo---o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>

6 Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf

7 PARA SABER MAIS: Brasil. Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde... Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1-4. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

a oportunidade de mostrar o cenário do seu território e dialogar com Valéria e Eduardo sobre os principais pontos destacados.

A oficina propiciou que cada equipe, ao final, pudesse elaborar o seu próprio planejamento de acordo com os dados levantados e com a realidade da área de abrangência de cada UBS.

Júlia, que participou de toda a oficina em conjunto com a sua equipe, pôde compreender melhor o cenário epidemiológico do seu município e a importância da participação da equipe de AB e VS na construção das ações e metas propostas. Ela percebeu que os profissionais se sentiram responsáveis pelo planejamento e, portanto, eles próprios sugeriram a realização de reuniões periódicas entre as equipes para o monitoramento do plano construído para as UBS.

Feliz com o resultado da oficina e por ver os profissionais de saúde de Céu Azul tão motivados com esse processo, Júlia procura Olga para agradecer o apoio e, em especial, pela disponibilização de Valéria e Eduardo, que conduziram tão bem a oficina.

J: Nossas equipes de Vigilância em Saúde e Atenção Básica construíram juntas um planejamento, articulando as informações em saúde àquelas sobre as condições estruturais e de vida no território a fim de identificar situações de risco e vulnerabilidade. Porém, percebemos que precisamos envolver a comunidade, ouvir o que consideram prioridade para melhorar a qualidade de vida, além de entendermos que são necessárias ações que não podem nem devem ser realizadas apenas pelo setor saúde, dependendo de recursos de outros setores. Por isso, a partir das equipes de saúde da Atenção Básica, resolvemos organizar um Fórum de Promoção da Saúde para convidar a população, representada através dos Conselhos locais e Conselho Municipal de Saúde, para escutarmos suas demandas e propostas para a saúde do município e assim, propormos novas ações para o plano inicialmente elaborado.

Depois de grande mobilização de todos na organização do evento, o Fórum aconteceu e foi um sucesso, com grande participação da comunidade local. Foram levantadas dificuldades com ações que eram de responsabilidade de outras Secretarias, como a execução da licitação para a reforma e construção de espaços públicos de lazer e atividade física para a população, bem como de melhoria na iluminação de alguns bairros, onde a violência vinha aumentando e maior número de vagas nos Centros Municipais de Educação Infantil.

O Fórum promoveu uma maior integração das ações de Vigilância em Saúde e Atenção Básica, ampliação da comunicação com a comunidade, fortalecimento da gestão participativa e do controle social na saúde. Ficou claro que a maior proximidade entre comunidade, serviços de saúde e outras organizações do bairro era necessária e facilitava o sucesso e continuidade das ações.

A partir da experiência do Fórum, Júlia queria investir em ações de promoção da saúde em todo município de Céu Azul para lidar com o desafio de intervir nos fatores de risco para as doenças não transmissíveis, além do enfrentamento da covid-19.

Promoção da Saúde: produção coletiva de saúde

A promoção da saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um processo cuja finalidade é ampliar as possibilidades dos indivíduos e suas comunidades aumentarem o controle sobre os determinantes sociais da saúde e, como consequência, melhorarem sua qualidade de vida, sua saúde⁸.

Não se trata de apenas explicitar as necessidades em saúde e/ou os riscos à saúde, mas de adotar métodos de planejamento e execução que fortaleçam a participação social e ampliem os graus de autonomia de sujeitos e coletivos.

A promoção da saúde propõe processos de gestão e corresponsabilidade, que integrem os conhecimentos produzidos pela análise da situação de saúde e pela experiência das pessoas num certo território.

Nesse sentido, quando Júlia propôs o Fórum de Céu Azul ao prefeito, queria criar um espaço de escuta da comunidade na identificação de problemas e na produção de soluções, de educação em saúde a partir da articulação dos saberes das equipes de saúde e da comunidade. Porém, ficou evidente que a participação só da Secretaria de Saúde e seus profissionais e da comunidade não era suficiente para implementar as soluções. Júlia entendeu que precisava convidar e mobilizar outros setores das políticas públicas e do movimento social, era fundamental uma ação intersetorial⁹ desde o princípio para tentar alcançar o objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde:

“Promover a equidade¹⁰ e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais¹¹”.

Trabalhar de maneira intersetorial não foi fácil! Exigiu muita conversa sobre as atribuições, responsabilidades e limites de cada setor das políticas públicas, da iniciativa privada e da sociedade civil. Além disso, a participação e decisão política do prefeito se mostrou fundamental. Por isso, a construção e implementação do planejamento estratégico das ações para enfrentamento das DANTs não foi tão rápida. Contudo, foi a intersetorialidade e a participação da comunidade que deram sustentabilidade às ações.

O consenso sobre a necessidade de transformar os determinantes sociais da saúde para produzir saúde e as vantagens das ações intersetoriais para isso, guiou a elaboração do planejamento estratégico nas diferentes áreas de abrangência da Atenção Básica para tratar das DANTs.

8 Malta, DC e Castro, AM. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. B.Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v.35, n.2, p.63-71, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/247>

9 PARA SABER MAIS: Silva, KL et al Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2014, vol.19, n.11, pp.4361-4370. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361

10 PARA SABER MAIS: Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf

11 Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 2446, 11/11/2014, Brasília/DF Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

Equipes da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde trabalharam juntas no mapeamento dos territórios e na mobilização e planejamento conjunto com representantes de outras políticas públicas e de organizações sociais presentes nas áreas de abrangência. Nas regiões da cidade que havia conselho local de saúde, ele foi o espaço coletivo de articulação do planejamento.

Promoção da Saúde no planejamento

Em cada espaço coletivo de discussão, Júlia e sua equipe falaram da importância em construir redes intersetoriais de gestão e corresponsabilidade e potencializar redes sociais locais para melhoria das condições de saúde. Salientaram a importância em planejar ações coerentes aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios da promoção da saúde, que respeitem a legislação e a experiência vivida no território pelas pessoas.

Para planejar é preciso pensar as ações de promoção da saúde nos vários cenários do território – trabalho, escola, serviços de saúde, associações - e respeitando a diversidade das pessoas. Não dá para fazer isso sem criar critérios, sem foco nos diferentes grupos. É possível pensar em três níveis de atuação: indivíduos e famílias, grupos populacionais vulneráveis e o ambiente físico e social do território, conforme o seguinte esquema:

QUADRO 1. NÍVEIS DE ATUAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

NÍVEL DE ATUAÇÃO	OBJETIVO	FERRAMENTA
<i>Indivíduos e famílias</i>	<i>Ampliar autonomia e construir competências (conhecimentos, habilidades e atitudes).</i>	<i>Educação em saúde integrada ao Projeto Terapêutico Singular.</i>
<i>Grupos Populacionais Vulneráveis</i>	<i>Favorecer o sentido de pertencimento e a grupalidade, dando suporte ao tratamento individual e à mobilização para transformação das condições de vulnerabilidade.</i>	<i>Educação em saúde integrada ao Projeto Terapêutico Singular. Ações coletivas de educação em saúde. Projeto de Saúde do Território.</i>
<i>Ambiente Físico e Social do Território</i>	<i>Reduzir as condições produtoras de vulnerabilidade e melhorar a qualidade de vida.</i>	<i>Articulação intersetorial. Projeto de Saúde do Território.</i>

Fonte: Promoção da Saúde na Atenção Básica. Rev. Bras. Saúde da Família, ano 19, n.17, 2008.

Para interferir nos fatores de risco das DANTs em Céu Azul, é fundamental abordar os indivíduos e famílias para pensar estratégias específicas de proteção e de cuidado à saúde, por exemplo: praticar alguma atividade física rotineiramente, ingerir alimentos com pouco sal, inserir verduras, frutas e verduras nas refeições, procurar ajuda para deixar o tabagismo, etc. Assim, nas consultas de rotina e grupos programáticos, as ações de educação em saúde sobre esses temas poderiam ser incluídas.

Além disso, é preciso mobilizar articulações intersetoriais para reunir os recursos necessários para reduzir as vulnerabilidades sociais como: disponibilizar equipamentos públicos para prática de atividades físicas; trabalhar de forma integrada com vários segmentos no combate à violência; disponibilizar espaços e atividades para grupos de adolescentes, visando a prevenção do uso de álcool e outras drogas, gravidez precoce não planejada e criminalidade; oferecer opções de geração de renda e terapia ocupacional para adultos desempregados; proporcionar espaços de lazer e trabalho livres do tabaco etc.

A manutenção do método era positiva também para as equipes nos territórios, pois a sua maioria tinha familiaridade com a matriz lógica¹² e isso facilitaria o diálogo intersetorial e com a comunidade.

O planejamento estratégico catalisa as ações para a melhoria da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades, facilitando a construção **de redes e compromissos intersetoriais** em torno de um projeto coletivo de qualidade de vida. Assim, pode-se construir ações coordenadas, otimizando os recursos disponíveis e garantindo maior efetividade, bem como se potencializa as redes sociais locais, como: associações de moradores, igrejas, organizações não governamentais, entre outras. É o instrumento central de organização da promoção da saúde!

Sabendo disso, Eduardo e Valéria elaboraram um material que sistematizava as perguntas para apoiar o trabalho nos diferentes cenários de Céu Azul.

12 Castro AM et al. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: CEAD/FUB, 2010. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo----o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>

QUADRO 2: CONSTRUINDO PROPOSTAS PARA O PLANEJAMENTO DE SAÚDE

QUAL A SITUAÇÃO PROBLEMA?



Esclareça que situação indesejada se quer modificar: diagnosticando seus fatores determinantes; estabelecendo que aspectos são passíveis de transformação, em que escala e em quanto tempo; analisando a rede de relações existentes entre os atores institucionais envolvidos direta ou indiretamente na situação.

QUAL SEU OBJETIVO GERAL?



Elabore uma frase que expresse genericamente o que espera alcançar. É a finalidade do planejamento. Lembre-se: a realidade é complexa! Na maioria das vezes não é possível nem desejável intervir em muitas situações-problemas e/ou variáveis determinantes ao mesmo tempo.

QUAIS OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS?



Descreva detalhada e claramente elementos que integram o objetivo geral e se relacionam aos resultados que serão atingidos.

QUE AÇÕES SÃO NECESSÁRIAS?



Diga o que, de fato, vai fazer para alcançar os objetivos específicos e, conseqüentemente, o objetivo geral. Descreva uma ação viável e fundamental para intervir no cenário e mudar a situação-problema a partir dos objetivos. Lembre-se que a escolha das ações precisa estar em sintonia com os recursos, as iniciativas e a tradição cultural do território em que acontecerá. Isso facilita a implementação, a adesão e a efetividade do plano.

QUEM SÃO OS RESPONSÁVEIS?



O responsável é um ponto focal, um articulador de ações, que atentarà para o desenvolvimento da ação e fará os ajustes necessários durante todo o processo. A construção coletiva de um plano de ação não implica que não haja necessidade de identificar responsáveis pelas ações. Ao contrário, é crucial saber as tarefas e responsabilidades de cada participante do processo para construir uma rede de corresponsabilidades. Dependendo da ação e da pactuação, membros da comunidade, de outros setores de políticas públicas e de instituições civis podem assumir o lugar de responsáveis.

QUE RESULTADOS SE ESPERA? São as mudanças que o projeto pretende ocasionar, podem ser intermediários e/ou finais (impacto). As ações de promoção da saúde, geralmente, necessitam de um tempo grande para apresentarem impacto na saúde da população. De modo que, a que se ter cuidado quando se fixam metas a partir de indicadores de resultado (como a redução brusca e/ou significativa da prevalência de tabagismo, por exemplo). Nesse caso, indicadores de processo podem ser mais úteis para avaliar a efetividade do planejamento.



QUAL ESTRUTURA É NECESSÁRIA? A estrutura de funcionamento do programa envolve elementos físicos (recursos financeiros, humanos, imobiliários etc.), organizacionais (leis, regulamentos, regras de gestão etc.) e simbólicos (crenças, representações e valores dos atores institucionais envolvidos).



QUE FATORES EXTERNOS PODEM AFETAR OS RESULTADOS? São os elementos do contexto onde as ações ocorrem. Tais elementos referem-se a aspectos políticos, organizacionais, sociais, econômicos, psicológicos, estruturais e simbólicos que influem na implantação e efeitos do programa.



Como base nas perguntas orientadoras, as equipes de saúde, os representantes de outros setores das políticas públicas e da comunidade em cada área organizaram as contribuições para o planejamento municipal. Depois, coube à Secretaria de Saúde sistematizar um documento único para prosseguir nas negociações e articulações junto a outros órgãos e parceiros e incluir no PMS.

Todo esse processo envolveu disputas de interesses, mediações de conflitos e horas de conversa para a construção de prioridades e consensos¹³. Mas, Júlia não desanimou, estava preparada para o desafio porque sabia que esse é um modo de comprometer os diversos atores envolvidos, de que eles se reconheçam fazendo parte do processo e de que todos saibam dos limites e dificuldades para tirar o projeto do papel.

Júlia e sua equipe apresentaram e debateram o planejamento estratégico

13 ²Magalhães, R. Governança, redes sociais e promoção da saúde: reconfigurando práticas e institucionalidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10):3143-3150, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3143.pdf>

da promoção com a equipe municipal de saúde de Céu Azul e com o CMS. Durante a reunião, a Secretária de Saúde falou da importância da avaliação em promoção da saúde.

J: Várias das ações de promoção da saúde, principalmente aquelas que precisam de mudança nas condições estruturais dos territórios e na forma de pensar e viver das comunidades e famílias, só têm impacto a longo prazo. Por isso, muitas vezes nós ficamos frustrados achando que não houve resultados do nosso trabalho. Mas, precisamos entender que é uma estratégia de responsabilização de cada ator envolvido, de negociar e renegociar os rumos das ações e decidir os ajustes necessários ao longo do tempo e diante das possíveis dificuldades. Algumas vezes, temos um resultado positivo que nem era esperado.

Usuário: Verdade! Toda mobilização para produção do planejamento estratégico em Céu Azul durante este ano foi importantíssima para nós e para melhorar nossa relação com as equipes de saúde. Já é um resultado! – disse a representante da população no Conselho.

Ampliando possibilidades...

Desde que Júlia assumiu a Secretaria de Saúde recebeu muito apoio de Vitória, apoiadora regional do COSEMS, que a colocou em contato com outros Secretários Municipais de Saúde da região e suas experiências.

Júlia tornou-se muito ativa nas reuniões e atividades da Comissão Intergestores Regionais (CIR), levando sua experiência e os desafios enfrentados em Céu Azul para ajudar outros gestores a pensar na produção de saúde a partir de sua determinação social e na organização do processo de trabalho das equipes de saúde.

Se depender da gestora, Céu Azul irá tornar-se reconhecida como experiência bem-sucedida de trabalho integrado entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica na produção da Promoção da Saúde. O sucesso depende da compreensão de que essa integração precisa estar no cotidiano das equipes: na clínica, no matriciamento, na consolidação de informações dispersas nos sistemas de informação, no alinhamento das lógicas gerenciais e no envolvimento da população como sujeito.

Promover saúde é investir em melhores condições de vida para todos, é trabalhar pela equidade em saúde, é um projeto coletivo e viável, como provou Júlia. Nem sempre o que precisa mudar para garantir saúde é de responsabilidade do SUS, mas podemos ajudar com nossas tecnologias e experiências a construir ações intersetoriais.

PARA SABER MAIS

- » Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf
- » Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf
- » Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_social.pdf
- » Becker, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):655-667, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf>

CAPÍTULO

14

SAÚDE MENTAL

Joana, secretária do município de Girassol, um município com 158 mil habitantes, vivenciara intensamente os desafios para a reorganização dos CAPS (adulto e infantil) ao longo da pandemia.

Fazia quase três décadas que atuava na área da saúde no município e nunca passara por um momento tão difícil e ao mesmo tempo transformador para a área de saúde mental. Iniciando mais um período na gestão municipal, recordava os meses mais tensos da pandemia, quando a circulação das pessoas na cidade fora reduzida drasticamente em razão das medidas de distanciamento físico. Naquele momento os serviços de atenção psicossocial ficaram vazios, fazendo com que os cuidados aos pacientes mais graves tivessem alterações sensíveis.



As atividades em grupo nos CAPS foram temporariamente suspensas, a renovação das receitas em muitos casos era feita sem a consulta médica presencial. Houve uma desorganização dos serviços. Joana se recordava de uma reunião de equipe que fizera no auge da transmissão local do novo coronavírus, alguns profissionais participaram presencialmente, os do grupo de risco acompanharam de casa via vídeo conferência.

Em sua mesa recorreu ao diário que mantivera durante o ano de 2020, havia uma parte voltada só para a pandemia. Ali, Joana registrava o dia a dia da gestão, seus principais enfrentamentos, reflexões, dúvidas e ações que precisava por em prática. Lembrava-se de uma reunião importante que tivera com a equipe sobre toda a rede de saúde mental no município.

Abriu na página que buscava, começou a leitura silenciosa e atenta:

Diário da Peste, dia 33.

O cenário da Saúde Mental no município de Girassol

Hoje provoquei uma reunião para discutir a saúde mental e tentar construir um cenário abrangente sobre esses serviços. A pandemia segue seu ritmo, a vida das pessoas não é a mesma e a pressão para nossa resposta é cada dia maior. A gestão sempre foi um processo vivo e cheio de surpresas, mas uma pandemia com essa dimensão jamais pensei que experienciaria.

Entrei na reunião com o foco em entender melhor a situação da Rede de Atenção Psicossocial do município. Propus um diálogo aberto com uma pergunta de partida simples, sobre a qual pedi que as pessoas discorressem:

Na sua opinião, quais os principais impactos da pandemia para o funcionamento dos serviços de saúde mental do município?

A partir desse disparador, cada profissional foi relatando a sua perspectiva sobre o tema. Pedi cuidado para não repetirem questões já apontadas anteriormente pelos demais colegas.

Segundo os relatos, um dos primeiros impactos nos serviços foi a redução da demanda espontânea e da procura pelos atendimentos multiprofissionais pré-agendados. Essa situação provocou mudanças substanciais no funcionamento das unidades e serviços de apoio psicossocial. As consultas médicas foram mantidas de modo bastante reduzido, mais voltadas para os pacientes renovarem as receitas de medicamentos de uso contínuo e controlado.

Os serviços precisaram se adaptar rapidamente, foi necessário alterar rotinas e fluxos de trabalho que incluía novas atribuições ocupacionais para muitos dos profissionais. Especialmente no início, o tempo era impiedoso, foi preciso acentuar a curva de aprendizagem o que demandou um maior engajamento dos profissionais nos programas de treinamento à distância organizados por nós e ofertados gratuitamente pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Com a redução dos espaços de circulação na cidade, fechamento temporário das escolas e de outros locais que ofertavam atividades esportivas, houve também o relato de que os pacientes, especialmente as crianças e adolescentes, ficaram mais agitados e ansiosos ao se encerrarem num espaço confinado de casa, muitas vezes em domicílios pequenos sem condições adequadas pelo número de pessoas vivendo no mesmo espaço. As orientações para realização de práticas físicas dentro da própria casa em alguns casos atenuaram o problema, embora não tenha sido uma solução possível para todos os pacientes.

A pressão sobre os profissionais de saúde foi muito grande, houve um aumento significativo de casos transtornos depressivos e de ansiedade, além de transtorno obsessivo compulsivo, síndrome de burnout, estresse, medo, alteração no sono, na alimentação e aumento do uso de álcool e outras drogas.

Enquanto outras categorias, profissionais se organizavam para o trabalho de casa ou entravam em férias coletivas, os profissionais de saúde precisaram cancelar as programações de férias e abonos, além de em muitos casos, precisarem se afastar dos próprios familiares, como medida de segurança para não os colocar em risco.

Como a demanda pelos serviços de saúde mental continuaram baixas, foi possível organizar ações de cuidado para os próprios profissionais, não apenas para os que atuavam nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas para toda a rede de atenção à saúde.

Esses sentimentos de tristeza, irritabilidade, medo de morrer ou de perder entes queridos foi sentido pela população de uma maneira geral, mas geraram impactos ainda maiores em pacientes que já conviviam com problemas para se adequarem às necessidades e demandas da vida cotidiana.

Em muitos casos as receitas eram renovadas sem a necessidade de novas consultas, entretanto, a maior presença do paciente no seio familiar foi um elemento que trouxe mais tensão e angústia. E esses sentimentos se acentuavam em um período de incertezas, de cancelamento do futuro, de pouca perspectiva de emprego, de insegurança alimentar, habitacional e de outros elementos básicos para uma vida saudável.

Os aspectos socioeconômicos desse momento também surtiram efeito nos serviços de saúde mental. Enquanto o desemprego aumentava, as ações de isolamento provocaram o fechamento de diversos serviços de apoio às linhas de cuidado dos CAPS, essas tensões deixavam ainda mais aflitas as famílias dos pacientes.

Muitas delas pela boa condição econômica, conseguiram manter o distanciamento físico e o trabalho remoto protegendo as pessoas da maior circulação do novo coronavírus. No entanto, diversas famílias precisaram manter os trabalhos porque não havia essa opção.

Todos esses aspectos da vida na cidade de alguma maneira acabam repercutindo nos serviços de atendimento psicossocial. Senão agora, no futuro próximo, quando as pessoas começarem a retomar suas vidas, a ressonância desses fatores na saúde mental será ainda mais perceptível.

O mais importante nesse momento é garantir o acompanhamento dos pacientes mais graves que fazem uso contínuo de medicamentos, ampliar a oferta de atendimentos via teleconsulta e fortalecer a solidariedade entre a equipe.

Novos atores ganham importância e há mais apropriação pelos profissionais sobre as atividades nos serviços. Todo nosso esforço pela integração entre as equipes agora ganha um novo aliado. A introdução do teleatendimento vem demandando novos arranjos na rede, fortalecendo a importância da Atenção Básica como ordenadora do cuidado e na integração da RAPS de modo mais abrangente na agenda de saúde do município.

A diminuição da demanda acabou me dando uma ideia, preciso fazer reparos nas redes elétrica, de informática e hidráulica, além de ações de manutenção preventiva na estrutura física dos CAPS, intervenções que com os atendimentos habituais são quase impossíveis de operacionalizar.”

Ao terminar a leitura, Joana fala pra si:

J.: Aos poucos as agendas habituais começaram a voltar, assim como os pacientes e demandas espontâneas. Ainda que devagar, os serviços começam a retomar suas atividades, mas é como se algo tivesse mudado, é como se precisássemos reconstruir as articulações intersetoriais no território novamente, refazer os vínculos com os usuários, ampliar as estratégias de promoção à saúde. Espero que toda solidariedade nascida na pandemia nos ajude também a fortalecer nossos laços com o comprometimento irreduzível pela saúde da nossa comunidade.

Neste dia Joana estava com a agenda cheia, mas precisava manter o compromisso de se reunir com um Conselheiro Municipal de Saúde. Ao entrar na reunião, o conselheiro ao lado do pai de um paciente do CAPSi relata o pedido de ajuda para internar o adolescente que passara a fazer uso abusivo de álcool e outras drogas, tinha parado de tomar suas medicações e havia saído de casa. Vinha alternando dias em que dormia nas ruas e causando grande preocupação para a família.

O representante do Conselho Municipal de Saúde havia solicitado que o caso fosse atendido com urgência. O pai do paciente, relatou a dificuldade em conversar e cuidar do adolescente, tinha medo de que ele pudesse se machucar ou de se envolver em problemas que não teria condições de resolver.

A área da Saúde Mental era diferente, envolvia sempre a comunidade de forma muitas vezes polêmica. O momento da crise de alguns pacientes, como neste caso, mobilizava as opiniões mais diversas e nem sempre havia uma boa compreensão em torno das situações, sobre o quanto eram complexas e o quanto não havia soluções simples, como as pessoas esperavam.

Joana, fizera um contato prévio com a coordenadora do CAPSi, o Centro de Atenção Psicossocial Infantil, e soube de alguns detalhes sobre o paciente, que frequentava a Unidade. Ele apresentava dificuldades para aderir ao tratamento, em determinados períodos interrompia o uso da medicação, o que gerava a agudização de seu quadro, com repercussões significativas na rotina da família.

Joana defendia a humanização tão necessária nesta área: o esforço da Equipe e a forma singular de atuar, muito sensível a cada situação, muitas vezes dramática. Esse itinerário muito particular do cuidado em saúde mental, ao mesmo tempo que recebia elogios, gerava muitas queixas. Em muitos casos entendia a expectativa sobre respostas que os CAPS não conseguiam dar de modo resolutivo, havia sim deficiências que precisavam ser resolvidas, mas a população em muitos dos casos, também esperava respostas que não eram possíveis. Um tema definitivamente complexo.

Na reunião, ficou consternada com a situação: o pai do paciente tinha dificuldades em estar com o filho em casa no momento de crise, alternava momentos de surtos violentos, com a completa desconexão com o mundo exterior. Depois da inauguração do CAPS, o filho, que passou mais de 1 ano internado num Hospital Psiquiátrico, voltou a viver na cidade. Se por um lado, o pai considerava o retorno do filho para casa como algo positivo, também havia ali, naquele momento específico, um sofrimento exacerbado pelas dificuldades em lidar com uma situação mais grave.

A mãe estava exausta, o filho passando noites na rua, conflitos com a vizinhança, as dificuldades em convencê-lo a retomar o uso das medicações, enfim, um quadro complexo e muito mobilizador. Além do quadro em saúde em si, o olhar sobre o mesmo era um fator determinante, o estigma e o preconceito estavam presentes. o apoio de algumas pessoas próximas, por outro, alguns membros da comunidade viam o paciente como perigoso, o temiam pelo fato de ser portador de um transtorno mental e o viam como um risco para o meio social.

Joana se lembrava da infância e de um familiar com transtorno mental. Conheceu pessoalmente o tipo de sofrimento a que estavam submetidas estas pessoas. Eram quadros incompreendidos, pessoas que eram alijadas do convívio social, em função de um diagnóstico e de uma forma de sentir e pensar a vida, por vezes, diferente da maioria.

Encerrou a reunião, que consistia no pedido desesperado de internação psiquiátrica do paciente no Hospital onde havia permanecido anteriormente. Prometeu se dedicar a uma solução, o mais rápido possível, da melhor forma, mas sabia que o pedido de internação pela família não era a indicação técnica da Equipe que o acompanhava.

Agendou uma reunião no dia seguinte com a Coordenação do Programa de Saúde Mental e a Coordenação da Atenção Básica, para discutirem as possibilidades para o caso. Joana tinha clareza da necessidade da atenção básica na reunião, por seu papel central em todos os impasses e questões envolvendo a atenção em saúde do município. Neste caso, como nos outros, era da atenção básica o vínculo primeiro, próximo e contínuo com o usuário, sua família e a comunidade.

Envolver a atenção básica, correspondia a reconhecê-la como a ordenadora do cuidado no território (**VER CAPÍTULO -10**), que assiste, ao mesmo tempo em que dialoga e interage com todos os demais pontos da rede, sendo seu pilar de sustentação para a garantia do cuidado integral e sua efetividade.

A atenção básica trazia informações relevantes sobre o caso, por outro lado, a Coordenadora de Saúde Mental apontava a falta do Serviço de Referência Hospitalar no Hospital Geral, o que seria uma forma de manter o paciente no Hospital Geral do município no período de crise, para reinseri-lo no tratamento após sua alta. A atenção hospitalar faz parte do Tratamento.

Joana se lembrava bem da conversa com a Olga, a secretária de Vila SUS, no evento de acolhimento aos novos gestores pelo COSEMS. O CAPS é visto como o equipamento de referência para os pacientes, mas as ações na atenção básica e nos serviços de urgência/emergência, com a retaguarda do leito em Hospital Geral, também são fundamentais para que a Saúde Mental dê certo. O município de Girassol possuía um Serviço Hospitalar de Referência (SHR) e isto fazia muita diferença para o cuidado integral, especialmente para os pacientes em surto.

O pilar da política brasileira de Saúde Mental é a substituição das formas de tratamento, que vem sendo implantadas nos últimos anos, com a redução das internações em Hospitais Psiquiátricos especializados. Nesses locais milhares de pacientes perderam suas vidas, vivendo em condições precárias, por meio do isolamento social e em muitos casos, submetidos a maus tratos.

Joana considera esta uma das áreas mais sensíveis do SUS, um trabalho árduo que tem como desafio superar um modelo de tratamento, garantindo a qualidade de vida destes pacientes, quando reinseridos na comunidade. Na verdade, o clamor do familiar do paciente que Joana recebera, tratava exatamente disto.

A Saúde Mental, para Joana, era uma área que evoluiu muito nos últimos anos, com muitas conquistas. Antes de assumir a Secretaria de Saúde havia um número significativo de pacientes internados em manicômios há muitos anos, sem perspectiva de alta.

A Coordenação de Saúde Mental passou a monitorar a emissão de AIH's para internação em Hospital Psiquiátrico e assim, com o tempo, eram identificados os pacientes do município internados; com o trabalho incansável da Equipe de Saúde Mental, muitos voltaram a viver no município, com a identificação de sua referência familiar e o acompanhamento intensivo no CAPS.

Para isto, era evidente a marca da intersetorialidade, com as parcerias que eram feitas com diferentes setores envolvidos nas situações, como a ação social, e a justiça. A diversidade de estratégias do CAPS, com os passeios, as oficinas que produziam artesanato, as oficinas de música; enfim a arte e o convívio como estratégias terapêuticas eram também elementos inovadores e surpreendentes em seus resultados para uma área onde o cuidado em saúde ultrapassava muito os limites do tradicional.

Porém, a diversidade de clientela era um entrave. Se por um lado, havia a tarefa da reinserção social dos pacientes egressos de internação psiquiátrica; desde que foi inaugurado, a RAPS do município era bem estruturada, com um CAPS 1 e um CAPS i, para os quais eram remetidas as questões envolvendo crianças e adolescentes, abuso de álcool e drogas, e nos últimos anos, cada vez mais, pacientes com quadros de depressão e ansiedade, o que tornava a tarefa daquele dispositivo cada vez maior.

Joana sabia que era preciso potencializar e aprimorar as ações do CAPS, para que os diferentes casos recebessem uma resposta de forma mais efetiva. Para isto, concordou com a Coordenação do Programa de Saúde Mental que propôs o **Fórum Virtual de Diálogo em Saúde Mental de Girassol** que incluía os principais setores da Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, e representantes das áreas da Educação, Ação Social, de usuários e familiares.

O Fórum ocorreu ao longo de dois dias e foi transmitido pelas redes sociais da secretaria municipal, também contou com a participação de profissionais da SES e da Universidade. As discussões trouxeram uma série de informações relevantes e muitas ideias e proposições que podem aprimorar as ações municipais em Saúde Mental.

A política de saúde mental no Brasil – histórico e bases conceituais

Um expoente do Fórum trouxe informações teóricas, que Joana já conhecia, de alguma forma, mas se esforçava por assimilá-las cada vez mais, já que deste tipo de conteúdo partia toda a execução da política nacional de Saúde Mental. Entender melhor a Saúde Mental e sua complexidade, significava para Joana a chance de melhores respostas aos casos como o do paciente do recente encontro.

Enquanto o Fórum transcorria, Joana tomava nota de algumas falas relevantes que eram complementadas por conteúdos importantes sobre a Saúde Mental.

O movimento da Reforma Psiquiátrica surgiu na década de 1980, tendo como princípio a defesa dos direitos de portadores de transtornos mentais, excluídos socialmente sob o estigma da loucura. Este movimento inspirou a lei 10.216, conhecida como Lei da Saúde Mental, bem como a Política Nacional para a área.

O campo da Saúde Mental, traz em seu nascimento, a marca da lei, visto que a formulação e a execução da política pública para a área, parte de uma questão de saúde pública diretamente vinculada ao histórico de violação de direitos para uma população específica.

No modelo anterior, pacientes eram internados, sem perspectiva de melhora. Se o que se espera de uma internação, em qualquer área da saúde, é uma evolução do quadro, com a consequente alta do paciente; os pacientes portadores de transtornos mentais eram internados, e tinham seu retorno para a casa inviabilizado, como se seu isolamento da sociedade fosse a solução.

A área de atenção pública no país, foi denominada como SAÚDE Mental, porque questiona, em sua origem, a negatificação associada ao estigma da “doença” mental e enfatiza a promoção da “saúde”.

Apesar dos avanços, com a mudança das formas de tratamento, o estigma sobre a doença mental ainda está presente na sociedade e combatê-lo continua sendo uma das principais tarefas da Saúde Mental.

A Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Apesar de ter sido aprovada, prevendo a internação psiquiátrica para os casos em que se esgotam os recursos extra-hospitalares, o objetivo maior, era, já naquela época, a redução gradativa da internação em hospitais especializados em psiquiatria. É o que se visa com a implantação do novo modelo, para que o mesmo se torne, não preferencialmente, mas prioritariamente a nova forma de tratamento. Considero que o modelo está implantado e em desenvolvimento. Retiraria esse parágrafo pois pode dar a impressão de que são novas proposições que vem desde os anos 80.

Trata-se de um campo de atuação em que o combate ao preconceito e ao estigma geraram novos paradigmas de cuidado, desde a nomeação da área à lógica das Equipes Multiprofissionais e as estratégias inovadoras de cuidado em saúde.

O debate e as formulações para a política pública de Saúde Mental se efetivaram através de uma série de normativas, com destaque para as portarias 224/1992 e 336/2002, que instituíram e regularam os serviços públicos de Saúde Mental e seu funcionamento nos primórdios das iniciativas municipais que davam corpo à construção das novas formas de cuidado. Através das portarias, as estratégias se consolidavam como políticas públicas nacionais.

As anotações de Joana facilitavam a apreensão de conteúdos que podem parecer simples, de início, mas que de fato são densos. Por outro lado, a apresentação trazia dados e informações que corroboravam os princípios da Saúde Mental, trazendo mais clareza para a exposição.

A Política Nacional de Saúde Mental implantada ao longo dos últimos anos no país, culminou na redução considerável da utilização dos Hospitais Psiquiátricos especializados e a implantação de uma rede robusta de serviços de base comunitária que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

TABELA 1: PROPORÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS DESTINADOS À SAÚDE MENTAL EM SERVIÇOS HOSPITALARES E EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO COMUNITÁRIA/TERRITORIAL (BRASIL, DEZ/2002 A DEZ/2013)

% DO TOTAL DE GASTOS DO PROGRAMA	2002	2013
Gastos em Atenção Comunitária/Territorial	24,76%	79,39%
Gastos Hospitalares	75,24%	20,61%

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico*. Brasília: outubro de 2015.

O CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

Em 1987 foi implantado o primeiro CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) na cidade de São Paulo, o objetivo era oferecer tratamento a uma clientela que ao sair do Hospital Psiquiátrico não contava com dispositivos ambulatoriais que a contemplassem de forma eficiente, superando as limitações das ofertas de tratamento existentes até então.

Segundo a Portaria 336 de 19/02/2002, em seu artigo 1º: Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território.

Ao longo dos anos, houve uma expansão considerável do número de CAPS no país, o que representou um investimento substancial na atenção psicossocial de base comunitária e neste dispositivo como seu maior representante. Com isto, os CAPS passaram a fazer parte dos cenários municipais, já sendo conhecidos pela população e identificados como a Unidade de Referência para assistência a transtornos mentais no Brasil.

CAPS (CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL)

O CAPS é o primeiro e principal representante das novas formas de cuidado em Saúde Mental, embora não seja a única.

É uma Unidade de Saúde diferenciada, quanto à frequência e ofertas terapêuticas disponíveis. O paciente pode frequentá-lo de diferentes formas (atendimento intensivo, semi-intensivo ou não intensivo), isto é, alguns pacientes vão ao CAPS realizar um atendimento pontual, enquanto outros podem passar o dia ou parte do dia na Unidade.

Para os municípios, com porte populacional abaixo de 15.000 habitantes, existem as seguintes possibilidades de organização da assistência:

Ações ofertadas através de Equipe mínima de Saúde Mental na Atenção Básica, através de Equipe NASF, que prevê a presença de profissional de saúde mental em sua composição.

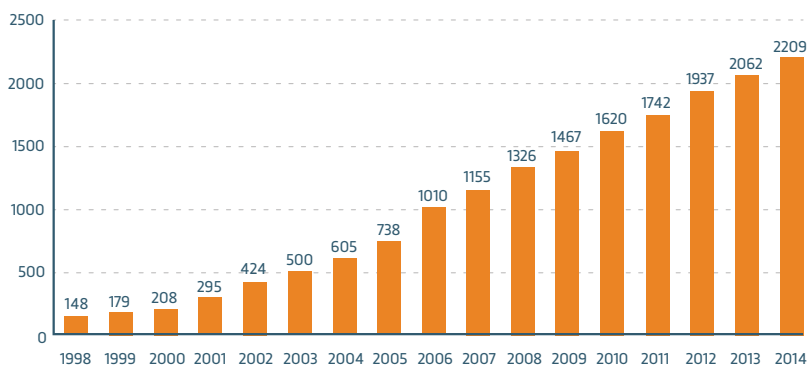
Constituição de serviços consorciados para municípios contíguos, já que a exigência de portaria se refere a "Municípios ou regiões de saúde" com população acima de quinze mil habitantes".

Ações que contêm ainda com o suporte das Equipes Multiprofissionais de Saúde Mental, que devem interagir com o restante da rede de saúde.

EXISTEM DIFERENTES TIPOS DE CAPS, DE ACORDO COM O PORTE POPULACIONAL E DE ACORDO COM CLIENTELAS ESPECÍFICAS.

SÃO CARACTERIZADOS SEGUNDO O NÚMERO DE HABITANTES DO MUNICÍPIO E HÁ CAPS PARA A CLIENTELA GERAL E CAPS ESPECÍFICOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Ver tabela 2)

GRÁFICO 1 – SÉRIE HISTÓRICA DA EXPANSÃO DOS CAPS (BRASIL, DEZ/1998 A DEZ/2014)



Fonte: Saúde Mental em Dados 12/2005.

A Coordenação de Saúde Mental/MS, álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde informa que em agosto de 2017, havia 2.462 CAPS em funcionamento no país, distribuídos, segundo as modalidades, e por região, da seguinte forma:

TABELA 2 – NÚMERO DE CAPS POR REGIÃO - 2017

REGIÃO	POPULAÇÃO (2015)	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS I	CAPS AD	CAPS AD III	TOTAL GERAL
CENTRO OESTE	15.442.232	79	27	3	10	20	7	146
NORDESTE	56.560.081	526	150	24	48	83	29	860
NORTE	17.504.446	96	35	6	6	11	7	161
SUDESTE	85.745.520	295	208	60	118	142	39	862
SUL	29.230.180	195	85	7	47	68	24	426
TOTAL	204.482.459	1191	505	100	229	324	106	2.462

Fonte: DAPES/SAS/MS Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/imagens/pdf/2017/setembro/04/2a-Apresentacao-CIT-Final.pdf>

Saúde Mental e Atenção Básica

O Fórum Virtual trouxe uma série de informações que geraram, além dos debates, as pactuações entre os setores presentes visando os avanços que Joana esperava para a Saúde Mental de Girassol. No último dia do evento, houve a participação da apoiadora do COSEMS, e de um técnico da área de Saúde Mental da SES, que trazia uma ampliação do tema, com conteúdos sobre a Saúde Mental na rede de assistência.

Ao mesmo tempo em que os CAPS foram surgindo, outras estratégias e serviços de intervenção voltados para a área foram sendo gestados e implantados.

Como porta de entrada e base do sistema de saúde, cabe à atenção básica qualificar-se em relação às diferentes demandas e problemas de saúde pública de um território. Neste sentido, é sua atribuição ampliar o domínio sobre as diretrizes para ações em saúde mental e estratégias de manejo nas intervenções ao paciente, reconhecida suas chances de estabelecimento e manutenção do vínculo direto com o paciente da Saúde Mental, privilegiadas pela proximidade com o território de atuação e suas especificidades.

O conceito de Matriciamento surge com o desenvolvimento de ações conjuntas entre saúde mental e atenção básica, e corresponde à presença de técnicos de saúde mental na atenção básica, interagindo em conjunto na assistência e promoção em saúde. Neste sentido, o matriciamento em Saúde Mental potencializa intervenção, adesão e continuidade do cuidado.

O MATRICIAMENTO em Saúde Mental diz respeito às ações compartilhadas em que o apoio matricial de uma Equipe (Saúde Mental) a outra Equipe (Atenção Básica), amplia o escopo e a efetividade da assistência.

O MATRICIAMENTO envolve:

- » Interconsultas
- » Visitas domiciliares conjuntas
- » Intervenções e atividades de cunho terapêuticas na atenção básica
- » Educação permanente em Saúde e transtornos mentais
- » Ações sobre o uso de psicofármacos na atenção primária

Ações na urgência/emergência

O matriciamento se efetiva através da presença de profissionais do CAPS, e de profissionais de referência do NASF-Núcleo de Apoio a Saúde da Família. É importante destacar que as ações de Saúde Mental na atenção básica, favorecem a promoção da saúde, não se referindo apenas à clientela elegível para assistência direta no CAPS. Isto é, tanto é possível acompanhar os pacientes portadores de transtornos mentais severos, de forma próxima, quanto é possível a atuação em problemas de saúde, cada vez mais prioritários, ligados à Saúde Mental.

Os modos de vida contemporâneos e seus determinantes culturais trazem para o cotidiano, um certo mal estar psíquico generalizado. Os sofrimentos inerentes à condição humana, como a tristeza, a solidão e o luto se potencializam, em torno da chamada medicalização da vida, em que o sofrer é resignificado como doença e alvo de tratamento. Daí, o fenômeno do uso abusivo de medicação psiquiátrica entre a população, bem como a ampliação de diagnósticos psiquiátricos para questões cotidianas.

As ações de Saúde Mental na atenção básica se referem, assim, ao manejo das prescrições em psiquiatria, identificando e monitorando a chamada medicamentação da existência. Cabem também outras estratégias de apoio aos quadros mais frequentes como grupos operativos, grupos de familiares e cuidados à família, práticas integrativas e outras intervenções psicossociais como terapias comunitárias, breves, etc. De forma sequencial e articulada, cabem as estratégias que dialoguem com setores diversos, em que se potencialize os recursos comunitários, através de outras possibilidades: as atividades físicas, lúdicas, artesanais e de favorecimento da sociabilidade, visando alternativas mais saudáveis de viver e interagir com o mundo. Os Centros de Convivência são estratégias potentes no campo da atenção primária que visam fortalecer e favorecer a interação de pessoas em sofrimento psíquico com a comunidade.

Por outro lado, a tendência, a partir do tratamento tradicional em saúde, é que não seja identificado o componente psíquico envolvido em queixas clínicas do cotidiano da assistência. É comum, por exemplo, a ida frequente de um paciente no serviço de atenção básica, com queixas no corpo, que estão muitas vezes relacionadas a questões psicossociais. Qualificar a escuta na atenção básica, para que esteja aberta aos componentes de Saúde Mental nas rotinas de acolhimento/escuta e cuidado, é tarefa profícua, que qualifica a atenção em saúde e a torna mais eficaz.

A promoção de saúde mental em comunidades, é atuação relevante, que interfere em todo o território, uma vez que as queixas relacionadas ao sofrimento psíquico estarão presentes na atenção básica, nos consultórios das especialidades, nos atendimentos de urgência/emergência.

Atuar, neste caso, significa desconstruir a patologização do sofrimento inerente à condição humana e potencializar as alternativas de superação, presentes de outras formas na cultura. Tais questões demonstram que a educação permanente e a intervenção conjunta são pilares para a atuação do campo da Saúde Mental na atenção básica.

As ações de promoção de saúde e matriciamento devem ser ainda a referência para atuação nos municípios, para todo o porte populacional, por meio das alternativas já descritas.

Saúde Mental e Atenção Hospitalar

Além da atenção básica, o Hospital Geral é um ponto da rede de assistência municipal que passou a absorver a demanda de pacientes psiquiátricos, de forma diferenciada. Se de início eram meros encaminhadores da demanda de quadros agudos ao Hospital especializado em Psiquiatria, com o modelo de atenção de base comunitária, passaram a exercer sua função de outra forma.

A ação de Saúde Mental é imprescindível para o controle de porta de entrada de internações psiquiátricas. Antes da implantação do novo modelo, a internação psiquiátrica especializada, não advinha, em muitos casos, da solicitação de intervenção em saúde, mas do imperativo do isolamento social de indivíduos.

Compete à gestão municipal a garantia de utilização de internações psiquiátricas para casos de exceção, visando sua extinção como alternativa. A parceria da Equipe municipal de Saúde Mental com a Equipe Hospitalar, por meio de ações de Educação Permanente e Matriciamento, deve assegurar o atendimento à crise, de forma prioritária, no território, com o segmento do cuidado na rede local, no pós alta.

O SHR (Serviço Hospitalar de Referência) é o conjunto de leitos destinados à assistência à crise em Saúde Mental, localizado em Unidade Hospitalar de referência. A prioridade é que sejam leitos que interajam com o espaço hospitalar, acolhendo a crise, de forma integrada com o restante da rede, com a participação de profissionais do CAPS e da atenção básica vinculados ao paciente, visando o cuidado em saúde no território de forma inclusiva.

Estratégias Voltadas Para a Desinstitucionalização

A lei 10.718/2003 criou o PVC (Programa de Volta pra casa) que prevê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência. A Saúde Mental conta ainda com os Serviços Residenciais Terapêuticos destinados à população de pacien-

tes portadores de transtornos mentais e persistentes, sem retaguarda familiar, para sua reinserção social. Trata-se de Residência de cuidados assistidos financiada pelo Sistema Público de Saúde.

As **residências terapêuticas** são casas na comunidade onde pessoas com histórico de internação de longa permanência, sem referências familiares passam a residir, frequentando o CAPS e os demais serviços da Rede, de acordo com suas necessidades.

A implantação de Residências Terapêuticas prevê, em alguns casos, o processo de informação e negociação com comunidades locais, que se sentem ameaçadas, com a perspectiva de sua implantação, sob a ótica do estigma do preconceito em torno desta clientela. Trata-se do trabalho de conscientização, que atravessa o campo da Saúde Mental de diversas formas, e que é, em última instância, seu objetivo máximo. Já existem no país, várias Residências Terapêuticas em funcionamento há muitos anos, que comprovam que a reinserção é perfeitamente viável.

Acolhimento transitório para situações de álcool e drogas e transtornos mentais

A Equipe de Consultório na Rua, estratégia vinculada à atenção básica, funciona como forma de cuidado específico, itinerante, para a população em situação de rua, muitos casos acompanhados se referem à Saúde Mental, tanto para problemas relacionados ao abuso de álcool e drogas, quanto aos transtornos mentais severos, sem suporte familiar. É imprescindível a presença da Saúde Mental nas ações deste dispositivo, tanto nas demandas de abordagem e interconsultas, quanto na retaguarda dos demais pontos de assistência específicos da Saúde Mental.

A UA (Unidade de Acolhimento), também disponível para crianças e adolescentes: Uai, é a Unidade de Referência específica para cuidados de portadores de transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas.

A **UA (Unidade de Acolhimento Transitório)** destina-se a pacientes com transtornos decorrentes do abuso de álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade, em caráter temporário, que não ultrapasse 06 meses.

Os Serviços de Atenção em Regime Residencial, onde se incluem as Comunidades Terapêuticas, são dispositivos de assistência mais recentes, que visam a assistência a portadores de transtorno decorrente do abuso de álcool e outras drogas, destinados a cuidados transitórios de até nove meses, para pacientes com condições clínicas estáveis.

Outras Modalidades

Também recentemente, através da Portaria 3588/2017 foram constituídos os Serviços: CAPS AD4 e a Equipe Multiprofissional de Atenção Espe-

cializada em Saúde Mental destinada ao atendimento aos transtornos mentais moderados, em Unidade Ambulatorial Especializada, através de Equipe multiprofissional própria.

Os pontos de assistência em Saúde Mental na rede de Saúde são, portanto, múltiplos e fruto do percurso de construção da Política Pública para a área, em que as demandas vão se apresentando e as estratégias e dispositivos são implantados para fazer frente às mesmas.

Questões específicas e desafios

Após a realização do Fórum Virtual, Joana participou de uma Oficina da CIR, onde foi distribuído um Material, fruto de um Grupo de Trabalho, que continha reflexões sobre os diferentes segmentos de clientela da Saúde Mental. Este material era bastante útil, especificando tópicos particulares de determinados segmentos e alguns pontos comuns entre os mesmos.

Apesar das bases conceituais da Saúde Mental se aplicarem ao conjunto maior da clientela, o cotidiano da assistência destacava questões próprias para diferentes linhas de intervenção. Diferenciá-las e chamar a atenção para algumas peculiaridades era interessante para o gestor. (Para saber mais)

O Coordenador Municipal de Saúde Mental era o responsável direto pela condução técnica e clínica para a área, mas Joana entendia que o domínio do conhecimento básico sobre os temas, também eram de sua responsabilidade. Por isso, é importante que o gestor seja um conhecedor da Saúde Mental, suas características e sua complexidade, para que não se torne um mero abonador da condução local pelas Equipes.

Em reuniões recentes com a Coordenação de Saúde Mental e outros setores da SMS foi discutida, por exemplo, a necessidade de alimentação dos Sistemas de Alimentação do CAPS, para a garantia de continuidade do repasse de verbas. Recentemente, alguns serviços de Saúde Mental, como CAPS, SHRs e SRTs tiveram seus repasses de verbas suspensos, em função da não alimentação dos Sistemas de Informação, o que é exigência imperativa, prevista em portaria, para seu financiamento e consequente funcionamento. (ver Capítulo 9 – Gestão da Informação no SUS) Aqui merece maior atenção.

Outra questão relevante, pactuada entre Joana, a Coordenação do Programa e a Equipe local de Saúde Mental e a Assistência Farmacêutica era a forte articulação entre as áreas, através dos diálogos permanentes, protocolos e estratégias de monitoramento em torno de algumas questões.

A garantia do fornecimento de medicação, segundo as necessidades de saúde, deve priorizar os medicamentos para os transtornos mentais graves, para os quais a interrupção do uso envolve as crises, e suas consequências. Por outro lado, há um trabalho de destaque a ser realizado, em torno desta mesma clientela, para que o isolamento social, não seja substituído pela contenção química, é preciso que as estratégias de cuidado sejam amplas e outras terapêuticas se sobressaiam.

Além disto, o controle da prescrição de medicação psiquiátrica, na rede como um todo, deve visar o combate às práticas de medicamentação, e o uso excessivo e abusivo de medicações psiquiátricas. O uso racional de

medicamentos é pauta que envolve a saúde mental de forma importante, chamando a atenção por exemplo, o abuso de benzodiazepínicos pela população, condição a ser enfrentada.

Ao se aprofundar das questões específicas da área, Joana vinha entendendo também, a necessidade do acompanhamento pelo município das publicações de portarias e normativas que determinavam os rumos para a assistência., através de novas alternativas de serviços e financiamentos. Segundo sua Coordenadora, a Saúde Mental está sempre sendo atualizada e é importante estar atento.

Num encontro posterior, na regional da SES, Joana esteve com alguns Secretários de Saúde, já antigos conhecidos, e outros novos, como Julia, Secretária de Saúde de Céu Azul, município com 14.500 habitantes. As dúvidas de Julia sobre a Saúde Mental mobilizaram Joana, e conversaram num intervalo, onde expôs o que as questões fundamentais para a área.

Em primeiro lugar, Joana explicou para Julia, que não tinha CAPS implantado em Céu Azul, sobre as vantagens deste serviço, mas também das possibilidades de ações em municípios sem porte populacional para CAPS, de acordo com o que tinha compreendido no Fórum Municipal. Havia diferentes ações a serem implantadas, mesmo para os municípios sem CAPS, que atuavam diretamente na atenção básica, como base da oferta de assistência.

Julia ficou curiosa com o entusiasmo de Joana em torno da Saúde Mental. Joana, primeiro contou do caso que recebera em seu Gabinete no último mês, que afinal resolvera mantendo o paciente no leito de SHR do município, mas que constantemente atendia pedidos de municípios vizinhos, feitos à SMS pelo gestor de Saúde daquele município. Organizar regionalmente a rede pode ser uma estratégia essencial para os municípios de menor porte, o credenciamento de leitos próprios do SHR também é uma alternativa.

Explicou à Julia que o paciente esteve poucos dias internado, que o atendimento durante a curta internação fizera diferença, mas que o trabalho da Equipe do CAPS foi primordial. Foram realizadas visitas hospitalares e garantido o acolhimento pós alta para o paciente, com novas abordagens, pensadas especificamente para aquele caso.

Joana considerava que o CAPS e as demais estratégias para a área, eram fundamentais, além de viáveis. Percebia que antes de estruturar a Saúde Mental, de acordo com as características de seu município, gastava-se com as AIHs para internações em Hospitais Especializados mês após mês, este gasto foi reduzido com o processo de reinserção dos pacientes na comunidade.

Por outro lado, o modelo de financiamento, estimulava a atenção de base comunitária, através do Ministério da Saúde, com verbas específicas para a implantação, construção e custeio mensal de dispositivos. Neste sentido recorreu à tabela que recebera num encontro da SES e que agora repassava para a nova Secretária.

Quanto às dúvidas de Julia sobre o financiamento, transferência e utilização dos recursos para a atenção de base comunitária, informou que deve se dar de acordo com as normativas, com destaque para a portaria 3992/2017 (ver capítulo 3 – FMS e financiamento do SUS).

Por outro lado, relatou que a solução exitosa para os casos, superando

as histórias pregressas do intenso sofrimento de pacientes que viveram por longos anos nos manicômios, a estimulavam. Quanto aos desafios da Saúde Mental, acreditava que o principal deles era a gestão do equilíbrio entre as ações de promoção de saúde e a oferta direta de assistência aos diferentes casos, o que exige uma gama diversificada de estratégias e serviços combinados aos recursos possíveis e diferentes portes municipais. Cabe aqui ressaltar que, no campo da atenção primária que desenvolveu-se no país e cujas unidades estão presentes em todo o território nacional, é imperativo e possível acolher e coordenar o cuidado de seus cidadãos bem como ordenar a Rede de Atenção Psicossocial RAPS que se apresenta.

Entendia, como compromisso do gestor, a necessidade de qualificação progressiva para um campo que consolidou tantos avanços, contribuindo com os debates e formulações, a partir das experiências locais.

Percebia ainda que era uma área que necessitava no desenvolvimento de instrumentos de avaliação, visando seu monitoramento e a continuidade do processo de qualificação para as políticas públicas da área.

A **RAPS** é formada por 7 componentes:

1. **Atenção Básica em Saúde** - Pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura.
2. **Atenção Psicossocial Especializada** - Pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial, - CAPS nas suas diferentes modalidades e AMENT (ambulatórios de saúde mental).
3. **Atenção de Urgência e Emergência** - Pontos de atenção: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e Unidades Básicas de Saúde.
4. **Atenção Residencial de Caráter Transitório** - Pontos de atenção: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial CT (comunidades terapêuticas).
5. **Atenção Hospitalar** - Pontos de atenção: Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com transtorno mental e transtornos decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Hospitais Gerais e Especializados.
6. **Estratégias de Desinstitucionalização** - Pontos de atenção: serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa.
7. **Reabilitação Psicossocial**: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

TABELA 3: DISPOSITIVOS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E FORMAS DE FINANCIAMENTO

DISPOSITIVO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO	VALOR MENSAL DE CUSTEIO	INCENTIVO FINANCEIRO PARA CONSTRUÇÃO
<p>CAPS1 <i>Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para</i> Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes. <i>(Portaria 3.088 de 23/11/2011)</i></p>	<p>R\$20.000,00 <i>(Port.245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</i></p>	<p>R\$28.305,00 <i>(Portaria3089 de 23/12/2011- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</i></p>	<p>R\$800.000,00 <i>(Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</i></p>
<p>CAPS 2 <i>Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para</i> Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes. <i>(Portaria 3.088 de 23/11/2011)</i></p>	<p>R\$30.000,00 <i>(Port.245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</i></p>	<p>R\$33.086,25 <i>(Portaria3089 de 23/12/2011- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017))</i></p>	<p>R\$800.000,00 <i>(Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017))</i></p>
<p>CAPS 3 <i>Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para</i> Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. <i>(Portaria 3.088 de 23/11/2011)</i></p>	<p>R\$50.000,00 <i>(Port.245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</i></p>	<p>R\$84.134,00 <i>(Portaria1966 de 1/09/2013-)</i></p>	<p>R\$1.000.000,00 <i>(Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017))</i></p>

<p>CAPS i Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes. (Portaria 3.088 de 23/11/2011).</p>	<p>R\$30.000,00 (Port.245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</p>	<p>R\$32.130,00 (Portaria3089 de 23/12/2011- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</p>	<p>R\$800.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017))</p>
<p>CAPS AD Atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes (Portaria 3.088 de 23/11/2011).</p>	<p>R\$50.000,00 (Port.245/2005- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</p>	<p>R\$39.780,00 (Portaria3089 de 23/12/2011- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</p>	<p>R\$800.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017))</p>
<p>CAPS AD 3 Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (Portaria 3.088 de 23/11/2011)</p>	<p>Para CAPS AD novo R\$150.000,00 (Port.130/2012-Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017) Para CAPS AD qualificado R\$75.000,00 (Port.130/2012-Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</p>	<p>R\$105.000,00 (Portaria1966 de 1/09/2013 - Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017))</p>	<p>R\$1.000.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017))</p>
<p>CAPS AD 4 Ponto de Atenção Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento (24) horas por dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Será criado em municípios com população acima de 500.000 habitantes, bem como nas capitais estaduais. (Portaria 3.588, de 21/12/2017)</p>	<p>CAPS AD-IV Novo R\$200.000,00 CAPS AD-IV Reestruturado R\$125.000,00 (Port.3588 de 21/12/2017- Port. de Consolidação n.6 de 28/09/2017)</p>	<p>A partir do credenciamento de cada CAPS AD-IV junto à Área Técnica de Saúde Mental do DAPES/SAS/MS, o Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do respectivo Estado ou do Distrito Federal ficará acrescido de R\$ 400.000,00 (quatrocentos mil reais) mensais, para o custeio do CAPS AD IV (Portaria 3588/2017)</p>	<p>-</p>

UA Unidade de Acolhimento Adulto	R\$70.000,00 (Port.121/2012-Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	R\$25.000,00 (Port.121/2012-Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	R\$500.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013)
UA i Unidade de Acolhimento Infante Juvenil	R\$70.000,00 (Port.121/2012-Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	R\$30.000,00 (Port.121/2012-Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	R\$500.000,00 (Portaria 615 de 15/04/2013)
SRT Serviço Residencial Terapêutico Tipo 1, 2 e 3	(8 a 10 leitos) R\$33.000,00 (11 a 20 leitos) R\$ 66.000,00 (21 a 30 leitos) R\$ 99.000,00 (Port.3588/2017)	R\$10.000,00 – Tipo 1 R\$20.000,00 – Tipo 2 (Port.3090/2011- Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	-
Serviço Hospitalar de Referência (SHR) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral	R\$4.000,00 por leito (Port.148/2012- Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017- Port.3588 de 21/12/2017)	R\$67.321,32 de custeio anual por cada leito implantado (Port.148/2012- Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	-
Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental Tipo 1 – 2 – 3	-	TIPO 1 – R\$12.000,00 TIPO 2 – R\$21.000,00 TIPO 3 – R\$30.000,00 (Port.3588/21/12/2017- Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	-
Componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial (Iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais)	-	R\$15.000,00 para 10 a 15 usuários. R\$30.000,00 para 51 a 150 usuários. R\$50.000,00 para mais de 150 usuários. (Port.132/2012 - Port. de Consolidação 6/GM/MS de 28/09/2017)	-

PARA SABER MAIS:

- » TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências e Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, vol9 (1):25-29, 2002.
- » PINHEIRO, Roseni, GULJOR, Ana Paula, JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva e MATTOS, Ruben Araujo (Organizadores). Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos. CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, Rio de Janeiro, 2007.
- » Saúde Mental em dados 12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Ano 10, nº 12, outubro de 2015.
- » Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília 2004.
- » Saúde Mental em dados 12. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Ano 10, nº 12, outubro de 2015.
- » Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental. Dulce Helena Chiaverini (Organizadora). Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, Brasília, 2011.
- » Saúde Mental – Cadernos de Atenção Básica, n.34. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.
- » ALARCON, Sergio e JORGE, Marco Aurelio Soares (orgs.). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.
- » COUTO, Maria Cristina Ventura, DUARTE, Cristiane S. delgado, Pedro Gabriel Godinho. A Saúde Mental Infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. Rev. Brasileira de Psiquiatria,30 (4). Rio de Janeiro, 2008.
- » FURTADO, Juarez Pereira, ODA, Wagner Yoshizaki, BORYSOW, Igor da Costa e KAPP, Silke. A concepção de território na Saúde Mental. Cad. Saúde Pública 32 (9) 10 Out 2016.
- » BRASIL, 1991. Portaria 189, de 19 de novembro de 1991. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- » _____,1992. Portaria 224, de 19 de janeiro de 1992. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- » _____,2002. Portaria ,.189, de 22 de março de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF.
- » _____,2002. Portaria 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, DF
- » _____, 2011. Portaria 3088, de 23 de Dezembro de 2011. Ministério da Saúde.
- » _____, 2012. Portaria 148, de 31 de janeiro de 2012. Ministério da Saúde.
- » _____, 2017. Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017. Ministério da Saúde.
- » _____, 2017 Portaria de Consolidação nº 3/GM. Ministério da Saúde
- » _____, 2017 Portaria de Consolidação nº 6/GM. Ministério da Saúde
- » _____. 2017. Portaria 2436, de 21 de setembro de 2017. Ministério da Saúde.
- » Lei n.10.216. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 06 de abril de 2001.
- » Lei n. 10.708. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 31 de julho de 2003.

CAPÍTULO

15



GESTÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA E REGULAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO

A coordenadora da atenção básica do município de Céu Azul, procura a secretária Júlia, que recém assumiu a gestão, para tratar sobre o acesso dos pacientes aos serviços especializados, que tem causado um transtorno enorme para as unidades de atenção básica do município. Os profissionais das unidades de saúde têm reclamado que fazem os pedidos de exames e consultas especializadas e depois de um tempo os pacientes retornam reclamando que não conseguem fazer os exames.



A secretária Júlia está preocupada com a situação ela é informada da importância dos exames complementares aos pacientes da Atenção Primária e das consequências da demora na sua realização. Esses exames são fundamentais para garantir a resolutividade que as unidades devem ter, sendo que a unidade de saúde é porta de entrada dos usuários e suas necessidades de saúde, e considerando a atenção básica e sua função de coordenar o cuidado e ordenar a rede de atenção, as unidades tem um papel importante na regulação da assistência, devendo participar da construção e trabalhar com as equipes para a implementação dos protocolos e dos fluxos de acesso dos usuários do seu território e na RAS – Rede de Atenção à Saúde, que em diversos atendimentos ambulatoriais especializados e hospitalares, tem seus serviços localizados em outros municípios e alguns até em outros estados.

A secretária Júlia por sua vez argumentou que não estava entendendo o porquê os pacientes não estavam sendo atendidos, pois isso é responsabilidade do estado e dos municípios que são os gestores destas unidades. Júlia refere ainda que iria levar esta pauta para a próxima na reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) da região do Vale Feliz, que seria na próxima semana para perguntar o porquê seus pacientes não estavam sendo atendidos.

Na semana seguinte os gestores da região do Vale Feliz se encontraram na reunião da CIR para tratar de assuntos de interesse regional, foi a oportunidade que a secretária Júlia teve para expor a dificuldade que estava tendo em garantir o acesso de seus usuários aos serviços de referência; neste momento houve um silêncio na reunião. O diretor da regional de saúde, Jorge, colocou que este é um problema antigo e que toda reunião tem sido motivo de reclamações e que o estado está fazendo a sua parte em atender quem ele dá conta. Em seguida o gestor João Pedro do município de Aurora que é um gestor experiente e representa o maior município da região e conseqüentemente tem um grande número de serviços, fala que os recursos que estão recebendo para atender não são suficientes para custear os serviços e sem falar que há muitos encaminhamentos desnecessários e que grande parte deles deveriam ser resolvidos na atenção primária. A secretária Júlia espantada com a reação dos gestores responsáveis pelas referências dos serviços regionais, fala que até entende todas as dificuldades que foram apontadas, mas que isso não poderia permanecer assim, até porque esta situação está causando um grande prejuízo aos usuários daquela região e que isso era um problema a ser resolvido por todos os gestores da região.

A gestora Olga do município de Vila SUS, uma gestora também experiente, falou que toda essa problemática de acesso aos exames de média e também da alta complexidade é um grande problema do SUS, e isso ocorre em todas as áreas da assistência e que quem banca a maior parte do custo deste serviços são os municípios que são referência, mas que esta situação tem que ser de responsabilidade de todos os gestores da região do Vale feliz e que somente organizando a RAS de forma colegiada e solidária, exercendo a governança e o Planejamento Regional Integrado (PRI) ascendente, definindo parâmetros regionais de cobertura assistencial, uti-

lizando critérios de eficiência de gastos e favorecendo a resolutividade, esses problemas poderão ser minimizados.

Os gestores perceberam o grande desafio que tinham pela frente em organizar a rede de atenção à saúde que possibilite o acesso às ações e serviços de saúde de modo oportuno, com qualidade e resolutividade, mas ao mesmo tempo saíram animados em juntos buscarem uma solução para esse problema. Desta forma, os participantes da reunião da CIR entenderam a importância de tratar o tema e encaminharam para a realização de uma oficina, com a presença dos técnicos do COSEMS e da secretaria de Estado, para tratar da organização da rede de atenção. Pediram para a Vitória, a apoiadora do COSEMS para em conjunto com os técnicos da regional da SES, levantar toda a documentação visando subsidiar a discussão e encaminhar aos participantes, e que, também, fosse realizada uma reunião virtual antes da oficina para a preparação da mesma.

A apoiadora Vitória juntamente com a superintendente da regionalização das regionais de saúde da secretaria de estado, organizaram uma reunião virtual, com os gestores da CIR do Vale Feliz, para apresentarem o processo de regionalização do estado, onde foram abordados os temas relacionados.

Na oportunidade, a apoiadora Vitória fala da importância de qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS e que os gestores de saúde da região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através da Comissão Intergestores Regional (CIR). A CIR se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva. Esta comissão decide sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados; um desafio permanente da gestão do SUS para a efetiva implantação de uma das suas diretrizes organizativas, a regionalização, e o fortalecimento dos vínculos interfederativos. As CIR constituem-se foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores na construção de consensos federativos para a organização da RAS, em cada nível da organização do SUS (CONASS, 2006)

A negociação contratual é o grande elemento para alcance da equidade regional. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, cabe aos entes federativos, nas CIR, garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde; orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde; monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde (FELICIELLO et al, 2016).

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado.

A Rede de Atenção do SUS é um dos maiores desafios dos gestores da saúde e esse acesso é marcado por desencontros na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial na Média e Alta Complexidade, o gestor da saúde depara-se com gigantescos problemas para garantir o acesso das pessoas por desconhecimento das reais necessidades de saúde, falta de recursos humanos qualificados, falta de ferramentas adequadas para gerir o sistema e o subfinanciamento da atenção especializada que consome grande parte dos recursos públicos, além de baixa capacidade governativa sobre os serviços da rede.

Os serviços de especialidade e a atenção hospitalar de média complexidade tornaram-se, frequentemente, a verdadeira porta de entrada do sistema, atendendo diretamente grande parte da demanda que deveria ser atendida na rede básica, perdendo-se tanto a qualidade no atendimento primário quanto no acesso da população aos tratamentos especializados, representando, além disso, ampliação ineficiente dos gastos do SUS (BRASIL, 2007).

Esse processo desordenado fere o princípio constitucional da Regionalização do SUS, sem o qual dificilmente o SUS poderá garantir a integralidade das ações de saúde para a população brasileira.

A Atenção Especializada de Média Complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007).

A Atenção Especializada de Alta Complexidade caracteriza-se pelo conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). Outro papel importante da atenção especializada é o apoio matricial, pois a troca de saberes possibilita o empoderamento dos profissionais nas tomadas de decisões, tornando os serviços mais resolutivos.

Após a apresentação, os palestrantes apontaram o acesso aos serviços de Terapia Renal Substitutiva (TRS) como um grande problema da região, pois o número de pacientes que estavam buscando os serviços para fazerem hemodiálise estavam aumentando muito, e ainda ressaltaram que poderia ser um impacto causado pela pandemia do covid-19. Os gestores preocupados com os possíveis desdobramentos que esta pandemia pode estar causando na saúde da população, sugeriram que, na oficina que será realizada, seja discutido o problema da hemodiálise e o que fazer para melhorar essa assistência.

Após o debate, o primeiro passo sugerido pelos gestores e técnicos, foi conhecer melhor o problema, iniciando com um levantamento de dados dos pacientes em tratamento no serviço de TRS de referência. Olga se coloca à disposição e disponibiliza sua equipe para efetuar o levantamento.

Olga, chegando em Vila SUS, solicita a Eduardo, Valéria e Lúcia (Técnicos da VS, AB e Regulação de Vila SUS), para realizarem um diagnóstico dos pacientes da TRS da região, por serviços e como vem se comportando a assistência e gastos, pois também já vivenciou vários problemas de falta de vagas e tem muitos pedidos de exames especializados dos serviços de TRS

para o seu município. Além disso, ela também desconhece a programação existente e a legislação pertinente a essas ações e serviços.

Olga sugere ainda, que Lúcia, Coordenadora de Regulação de Vila SUS e representante do município no Grupo Técnico (GT) de Planejamento e na Câmara Técnica (CT) da CIR, discuta essa pauta regionalmente.

Solicitam ajuda à Taís para levantar a legislação da Doença Renal Crônica (DRC); das normas que tratam do Planejamento Regional Integrado (PRI) e outras referências sobre a governança macrorregional e Política Nacional de Regulação.

Discussão da Situação Problema na oficina da Comissão Intergestores Regional (CIR):

Esta situação problema que será tratada nesta oficina, pretende apresentar as dificuldades que os gestores têm em organizar o acesso aos serviços especializados para tratamento do paciente renal crônico.

Os gestores perceberam que há um crescimento diário de pacientes com necessidade de fazer hemodiálise, e que na sua maioria tinham sido diagnosticados nos prontos atendimentos ou nas unidades hospitalares da região em condições irreversíveis da terapia renal dialítica, esse diagnóstico está ocorrendo na contramão do que é preconizado, que é o paciente estar sendo assistido nas unidades básicas de saúde, com intervenção na promoção, prevenção e no diagnóstico das doenças que se não controladas, como hipertensão, podem levar a dependência dos serviços de hemodiálise, ou até mesmo num tratamento precoce da doença.

O fato de perceberem que o aumento do número de pacientes para os serviços de hemodiálise coincidiu com o período da pandemia e que poderia ter uma relação direta, esta discussão propiciaria fazer uma análise de impacto do COVID nos indicadores de saúde da região.

A oficina iniciou com a apresentação do levantamento realizado pelos apoiadores e técnicos da secretaria de estado, que fizeram a partir do levantamento epidemiológico com a utilização do programa **Tab para Windows - TabWin**, tabulando rapidamente diversos dados em planilhas de fácil compreensão. O aplicativo permite a tabulação de dados existentes em formulários de coleta de processamento e pagamento como: Autorização de Pagamento de Alta Complexidade (APAC), Autorização de Internação Hospitalar (AIH), Boletim de Produção ambulatorial e Individualizado (BPA- I), estatísticas vitais como a Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DN), além de outros dados como os de estrutura de serviços do SUS. Para esse trabalho utilizaram os bancos de dados: SIA/SUS. Este programa é gratuito e disponível para download em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805>.

Tabularam, ainda, as causas de internação e mortalidade, utilizando os bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares - SIH (RD.dbc) e de o Sistema de Informação de Mortalidade - SIM (DO.dbc) de acordo com os códigos secundários da CID-10 referente à Insuficiência renal, disponíveis em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901>.

Abaixo segue exemplo de tabela de dados que podemos tabular no Tableau para verificar a frequência e gastos de procedimentos da TRS:

The screenshot shows a software window titled 'Produção Ambulatorial de Procedimentos da Tabela Unificada'. It displays a table with the following data:

Procedimento(2008)	Frequência	VA(Aprovado)
Total	7.475	1.626.282,28
0305010093 HEMODIALISE (MAXIMO 1 SESSAO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	46	5.933,20
0305010197 HEMODIALISE (MAXIMO 3 SESSOES POR SEMANA)	7.015	1.362.313,00
0305010118 HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MAXIMO 3 SE	562	1.49.160,41
0305010123 HEMODIALISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C EXCEPCIONAL	1	266,41
0305010166 MANUTENCAO E ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR DE PACIENTE SUBMETIDO A EPA, EPAC	49	17.544,94
0305010192 TREINAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A DIALISE PERITONEAL - EPAC-EPA (9 DIAS)	3	165,29

Além dessa informação os técnicos também verificaram as internações e óbitos na região de saúde por causas ligadas a qualquer tipo de agravo constantes da CID-10 que foram atendidos pelo SUS, mesmo havendo restrições com relação à qualidade dos dados informados nesses sistemas.

Coube à Thaís fazer um compilado da legislação e outros documentos que considerou importante para as equipes como:

1- Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica, que é um documento nacional, podendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde Estaduais, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos, podendo ser alterado, desde que de forma suplementar, considerando as especificidades locais. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf;

2- Portaria GM 1675/2018 que altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do SUS. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt1675_08_06_2018.html;

3- Portaria GM nº 3.415/2018 que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6 de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no SUS. Encontra-se disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwoTZC2Mb/content/id/46885994.

4- Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que versam sobre o Planejamento Regional Integrado (PRI): Resolução nº 23/2017-CIT de 17/08/2017 que trata da regionalização por meio do PRI, Resolução nº 37/2018-CIT de 22/03/2018 que define a modelagem da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) nas macrorregiões de saúde e da Resolução n. 44, de 25 de abril 2018 que define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.

De posse de todo o material levantado pelos técnicos de Vila SUS, Olga propõe ainda, que haja uma ampla discussão sobre as normativas que dispõe sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento da Linha de Cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica no SUS.

Lúcia apresenta no Grupo Técnico (GT) e na Câmara Técnica (CT) da CIR, o fluxo do doente renal na atual Rede de Atenção, conforme foi sugerido por Olga, considerando os problemas de acesso dos pacientes e que os mesmos necessitam de suporte laboratorial, e de equipe multidisciplinar para o diagnóstico e tratamento da doença, além de suporte medicamentoso e familiar/comunitários e que há fila de espera nos serviços de TRS da região. Após a apresentação feita no GT e a discussão na CT da CIR, foi sugerido que Valéria e a Lúcia apresentassem na CIR, todo esse conteúdo. Isso foi realizado, conforme descrito a seguir:

Abordagem sobre a atenção na Linha de Cuidado do paciente portador de doença renal crônica, na RAS:

Valéria inicia sua apresentação aos gestores abordando que a Política Nacional de Atenção Básica (PT GM 2.436 de 21 de setembro de 2017 - PRC nº 2 de 28/09/2017) estabelece que a Atenção Básica “*será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede*” - Art. 2º - §1º. (BRASIL, 2017). **(VER capítulo 10)**

Diante dessa premissa, a discussão aponta a necessidade de se investir em processos do cuidado, por meio da reorganização de territórios de responsabilidades das equipes de AB e Vigilância em Saúde, reorganizar a oferta de ações e serviços da Atenção Básica (Carteira de Serviços) com base no enfoque de risco e atendendo todo o território de responsabilidade de cada Unidade Básica de Saúde, e principalmente investir financeiramente neste nível de atenção.

A Valéria sugere na reunião que a AB deve sempre participar da programação e contratação de serviços e coloca a importância deste nível de atenção no monitoramento e avaliação da atenção a todos os pacientes, fazendo assim a coordenação do cuidado, nos diversos pontos da RAS, exercendo a AB a função de centro de comunicação da RAS. Refere que os pacientes renais crônicos, a partir do momento que necessitam da Terapia Renal Substitutiva, iniciando sua terapia, perdem contato com as equipes e serviços da Atenção Básica, inclusive quanto a informações sobre a condição clínica e

evolução dos pacientes, desvinculando-os do cuidado das equipes da AB.

Há ainda que priorizar os processos de Educação na Saúde: A Educação na Saúde consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009). Para Falkenberg et al (2014) os cenários de atuação dos profissionais da saúde são os mais diversos e estão em constante desenvolvimento de novas tecnologias, exigindo inteligência emocional e relações interpessoais que perpassam o ambiente de formação, indo muito além da graduação. Como organizar na região de Vale Feliz, a educação permanente mútua entre a atenção básica e os serviços de referência na nefrologia?

Conforme estabelecido nas Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com Doença Renal Crônica - DRC no SUS, boa parte dos pacientes adultos costumeiramente atendidos na Atenção Básica apresentam um ou mais fatores de risco para a DRC. São mais relevantes a hipertensão arterial, a diabetes, a população idosa, portadores de obesidade, tabagistas, bem como pessoas com história de outras doenças do aparelho circulatório e história de DRC na família, dentre outros fatores de risco (BRASIL, 2014).

Considerando, portanto, os fatores de risco, se evidencia a necessidade de que as equipes de Atenção Básica estejam sensíveis e atentas ao diagnóstico de DRC e sua classificação, quando presente, para estabelecer os planos de cuidado mais adequados para cada caso. Também é fundamental que as equipes tenham a informação sobre quaisquer contatos com serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares tenham tido, bem como aos dados desse atendimento.

Outro papel relevante da atenção básica se refere à avaliação contínua das pessoas com fatores de risco, pois são preditores da progressão da DRC, situações em que pessoas não controlam adequadamente esses fatores, como as que apresentam níveis pressóricos e glicêmicos mal controlados, manutenção do uso do tabaco e, inclusive, a presença de DRC em estágios iniciais não identificada.

José Carlos, gestor de Freire, reflete com Valéria, que até o momento, houve poucas iniciativas para envolver os profissionais da AB no tema. Com isso, muitas vezes as pessoas com DRC somente eram identificadas nos estágios mais avançados, por vezes, inclusive quando, de um evento de desequilíbrio clínico na emergência ou em uma internação.

Nos municípios da região, na prática, a grande maioria dos exames complementares necessários para a identificação da DRC não estavam disponíveis na AB, senão a totalidade desses exames. e, no entanto, nem se preocupavam com essa questão. Durante a reunião, os gestores refletiram que uma ação de mobilização dos profissionais da AB de todos os municípios da região para discutir o tema seria uma estratégia apropriada para que a preocupação do diagnóstico da DRC fosse incorporada no cuidado de todos os pacientes com fatores de risco presentes, com avaliação periódica.

A partir da identificação da DRC e da classificação dos estágios clínicos, a AB poderia garantir, o cuidado aos casos nos estágios iniciais, e, em para-

lelo, qualificar o encaminhamento para serviços especializados dos pacientes que, efetivamente, apresentassem condições clínicas que requerem procedimentos mais complexos.

Observou-se, em alguns municípios da região, uma atenção primária fragilizada, o que vem gerando sobrecarga aos pontos de atenção devido ao número alto de encaminhamentos a atenção especializada, situação que traz desorganização aos pontos de atenção. Lúcia aponta a necessidade de capacitar os profissionais da atenção primária para que ela se torne mais resolutiva, até porque, temos insuficiência de profissionais especialistas para atender toda essa demanda.

Esse matricialmente poderia ser realizado tanto pelos serviços especializados existentes na região como em uma parceria com os hospitais de referência nacional, inclusive, através de ferramentas que possibilitem um canal de comunicação que facilite uma construção compartilhada de intervenção pedagógica- terapêutica. Essas ações de matriciamento têm contribuído muito para a aproximação e troca de saberes dos pontos de atenção da rede, e pode ser promovido por diversas tecnologias, devendo considerar as necessidades encontradas, como também as possibilidades disponíveis.

Lúcia explica que a Rede de serviços deve ser organizada, tendo a AB como principal porta de entrada, atuando na prevenção, com acompanhamento multiprofissional e terapia medicamentosa (Assistência Farmacêutica); deve ofertar os exames de média complexidade para o diagnóstico precoce pela avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG), alterações parenquimatosas e avaliação de imagem em serviços de referência, quando indicado, e garantir acesso aos serviços de Terapia Renal Substitutiva de acordo com o estágio da doença prevista nas Diretrizes do Ministério da Saúde.

Lúcia aborda a necessidade de construir parâmetros assistenciais a partir da análise situacional da região de Vale Feliz, e indica a Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015 e o Caderno 1 - Critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017), que são referenciais a serem observados para realizar a programação da assistência dos pacientes renais crônicos em seus diferentes estágios. Com a definição destes parâmetros na região, é possível quantificar os procedimentos de saúde para determinada população e por nível de assistência, já que, segundo as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC, os estágios clínicos de 1 a 3 serão cuidados pela AB e de 4 a 5 pela atenção especializada.

PARA SABER MAIS:

- » <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Caderno-1-Criterios-e-Parametros-ASSISTENCIAIS-1-revisao.pdf>
- » http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_clinicas_cuidado_paciente_renal.pdf

Lúcia expõe sua preocupação a partir dessa análise, uma vez que a maior parte dos pacientes renais (10,1% da população acima de 20 anos) serão acompanhados na AB e a menor parte na atenção especializada (0,36% da população acima de 20 anos). Assim, boa parte do custeio para o diagnóstico e acompanhamento desses pacientes não serão financiados pelos tetos específicos dos cuidados aos doentes renais crônicos, impactando no Piso de Atenção Básica (PAB) e na Média e alta complexidade (MAC) do município de origem do paciente.

Os gestores da região comentam que na vida real o que se observa é:

- *Publicação de novas políticas sem o devido aporte financeiro para a sua implementação. O caso da TRS é um exemplo; foi publicada a Portaria 1675/GM 07/06/2018, mas não houve discussão e nem pactuação de financiamento para garantir os exames de média complexidade para que a AB pudesse realizar o primeiro atendimento e a estratificação do risco dos doentes renais crônicos.*
- *Não há um serviço ambulatorial de referência para pacientes com doenças nefrológicas para cuidar e regular os pacientes aos serviços de hemodiálise, o que fica a cargo das clínicas de hemodiálise, e o fato de não termos um serviço que cuide de forma ambulatorial, muitos pacientes acabam sendo indicados para o serviço de terapia renal substituta de forma precoce.*

Continuando sua exposição, Lúcia, explica que compete aos serviços de Alta Complexidade em TRS:

Acompanhar os casos por equipe multidisciplinar;

Realizar a terapia dialítica indicada para cada paciente;

Realizar os exames de acordo com o estágio (mensal, trimestral, semestral e anual);

Encaminhar para os serviços especializados de transplante (seguir orientações da Portaria GM/MS nº 2600/2009 ou a que venha substituir);

Realizar confecção de fístulas arterio-venosas;

Efetuar treinamento para diálise peritoneal (DPAC ou DPA) de familiares e pacientes, bem como o seu monitoramento;

Tratamento de anemias e distúrbio metabólico mineral ósseo, quando houver;

Tratamento hospitalar das intercorrências da DRC;

Educação em saúde.

Para ilustrar a situação, Vitória, apoiadora Regional, que conhece bem as demandas dos gestores da região, trouxe para o debate o caso de um cidadão de um município da região, que ela preferiu não identificar, pois isso era corriqueiro:

“Um senhor de 53 anos, motorista de caminhão, hipertenso, diabético, obeso, sempre viajando de um lado para outro, com pouca aderência ao tratamento. Iniciou os sintomas de insuficiência renal crônica, apresentando dificuldade para enxergar, edema em membros inferiores, e, mesmo sendo diabético tipo II, consumia muitos doces e outros alimentos ricos em carboidratos, além de ingerir álcool frequentemente. Foi até uma UBS pois não se sentia muito bem. O médico da ESF solicitou os exames de laboratório, Ultrassonografia dos rins e vias urinárias para diagnóstico da IRC e consulta especializada de oftalmologia, por conta das complicações oftalmológicas da diabetes tipo II e o potencial impacto em sua atividade profissional de motorista.

A UBS do município o encaminhou para os serviços de apoio diagnóstico, mas nem todos os exames ele conseguiu realizar, pois, segundo o prestador o contrato com o Serviço, não previa alguns daqueles exames. O homem voltou ao município com o pedido dos exames de Taxa de Filtração Glomerular (TFG) e ultrassonografia dos rins e vias urinárias. O gestor tomou a decisão de ligar para a Referência da Secretaria de Estado para pedir ajuda, mas disseram que não havia programação e nem financiamento para esses exames.

Passados pouco tempo, o homem teve um AVC isquêmico, teve de fazer hemodiálise de emergência e agora encontra-se cadastrado em serviço de TRS, se a atenção básica tivesse sido mais eficiente talvez ele não tivesse sido acometido em tal situação que mudou a vida de toda uma família.

Conclusão: a fragilidade na organização da rede em garantir a retaguarda necessária para a atenção básica acabou agravando o quadro de saúde dele, sem falar no impacto financeiro que o SUS terá para continuar o tratamento na alta complexidade, mostrando o quanto é importante efetivar o PRI na uma macrorregião de saúde.

Outra reflexão na reunião dos gestores foi quanto à necessidade de construir indicadores de avaliação do cuidado e do manejo clínico das DRC. Para isso, e considerando o conjunto de fatores de risco, que abrangem grande número de pessoas, também discutiram a importância de contar com sistemas informatizados de registro de atendimento em saúde, funcionando de maneira integrada entre os diferentes níveis de atenção e capazes de produzir marcadores que permitam aos próprios profissionais, de um lado,

conhecer os casos em seus diferentes estágios, promover o acompanhamento e avaliar o cuidado oferecido. Na prática, soluções já disponíveis no SUS, como o registro eletrônico do paciente (ESUS-AB, da Atenção Básica) e outros sistemas de registro do cuidado hospitalar, poderiam servir como fonte de dados para a obtenção desses indicadores, porém todos concluem ser importante ampliar o desenvolvimento das tecnologias de informação, bem como processos educativos entre profissionais para uso das ferramentas, inclusive com criação de meios para disseminação das informações para os pacientes.

Debateram ainda, formas para conhecer a situação dos pacientes que já se encontram em Terapia Renal Substitutiva, para reconstruir os caminhos do cuidado que foram trilhados e identificar eventuais oportunidades perdidas de ação para evitar o agravamento dos casos. A partir da recuperação das informações desses pacientes, seria possível motivar a reorganização do sistema, desde a atenção básica, para qualificar o cuidado à população e reduzir as situações de risco.

Ainda avaliando a situação dos pacientes que já se encontram em TRS, foi proposta a avaliação do cuidado aos familiares dos pacientes. Além do fator de risco pela questão da hereditariedade e dos hábitos de vida familiares, a situação da convivência, na família, com uma pessoa em TRS, muitas vezes muda completamente as relações intrafamiliares, seja nas questões afetivas ou mesmo de atividades sociais e econômicas. Portanto, conhecer melhor as famílias, dar apoio aos cuidadores diretos, identificar situações de risco entre os familiares e, até mesmo, possíveis novos casos de DRC também poderia ser uma estratégia para qualificar o cuidado para as pessoas com DRC.

É importante uma avaliação clínica dos pacientes que estão realizando TRS, pois boa parte deles poderiam realizar a TRS peritoneal, que é muito mais cômodo para os usuários pelo fato de ser realizada no próprio domicílio, além de resolver o grande problema que é transportar formas dos pacientes três vezes por semana, muitos chegam a percorrer até 550 KM por dia na região do Vale Feliz. Mas para isso, a equipe necessita estar qualificada tanto do ponto de vista clínico quanto gerencial.

É muito importante a atenção básica estar preparada para realizar o acompanhamento desses pacientes e a iniciativa de associação entre pacientes e familiares para dar apoio às pessoas com DRC, pois este procedimento exige até mesmo condições de higiene domiciliar apropriadas. Uma atenção mais próxima a essas famílias poderia fortalecer esses laços, favorecer a associação e, inclusive, facilitar a inserção social desses grupos familiares em busca de outros apoios intersetoriais, como facilitar o acesso ao trabalho e renda, a busca de direitos sociais, a convivência como elemento de mitigação do sofrimento psíquico e outras iniciativas.

Essa ação diminui a utilização do Tratamento Fora de Domicílio TFD que é um serviço oferecido aos pacientes, residentes em um determinado estado, ou município, que necessitam de tratamento em serviços localizados em municípios do seu próprio estado ou estados diferentes daquele que ele reside, que também faz parte da organização necessária para garantir

a continuidade do acesso dos usuários em outros pontos de atenção na rede, e que no caso dos pacientes que precisam do serviço de hemodiálise é bastante oneroso.

5- Tratamento Fora do Domicílio (TFD): A Portaria nº 55/1999 dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html

Diante das apresentações feitas, os gestores da região de saúde do Vale Feliz, apontaram para a organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) dentro do processo de Planejamento Regional Integrado 'PRI', desta forma, encaminharam para a construção de um plano estratégico de organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC):

Estruturar a atenção básica e implementar um processo de educação permanente dos profissionais de saúde, de forma mútua entre AB e AAE, fortalecendo o cuidado de forma integral e possibilitando a ampliação da resolutividade de rede.

Implementação da estratificação de risco da população com DRC de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da Taxa de Filtração Glomerular (TFG);

Garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS);

Garantir educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS);

Efetivação da rede na CIR do Vale Feliz com definição clara das responsabilidades de cada esfera de governo, garantindo a oferta de apoio diagnóstico e terapêutico adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde.

Instituir o monitoramento e avaliação contínua do processo de organização da linha de cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica (DRC).

Regulação

A Regulação da Saúde e do acesso à assistência para a Região de Vale Feliz

Antes de abordarmos a regulação do acesso ou assistencial propriamente dita é importante nos atentarmos para os diversos empregos do termo regulação e regulação no setor saúde.

O termo regulação é bastante usual em diversas áreas como: regulação financeira, regulação de mercado, regulação normativa, regulação a força de trabalho, regulação da oferta de insumos e tecnologias, entre outros empregos que ela pode ser usada. No setor saúde a regulação também tem uma aplicabilidade abrangente, com definições distintas dependendo do advérbio que a acompanha, tais quais: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; regulação do acesso à assistência; regulação da qualidade e eficiência da atenção.

Para um melhor entendimento, usaremos os conceitos do pactuados pela CIT:

“Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.”

“Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.”

Na atual Política Nacional de Regulação (PNR) publicada pela Portaria GM/MS nº1559 de 2008 a regulação do SUS é organizada em três dimensões (BRASIL, 2008):

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

Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão.

Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde.

Participação da Comunidade e Ouvidoria em Saúde.

Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Regulação da Saúde Suplementar.

Auditoria Assistencial ou Clínica.

Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde.

II. Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme Resolução CIT 2/2012, art. 17; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto são a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS).

Contratualização de serviços de saúde segundo as normas e políticas específicas do Ministério da Saúde.

Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde.

Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais.

Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar.

Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

Avaliação analítica da produção.

Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS).

Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde.

Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde.

Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

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

Regulação do acesso a partir da Atenção Básica;

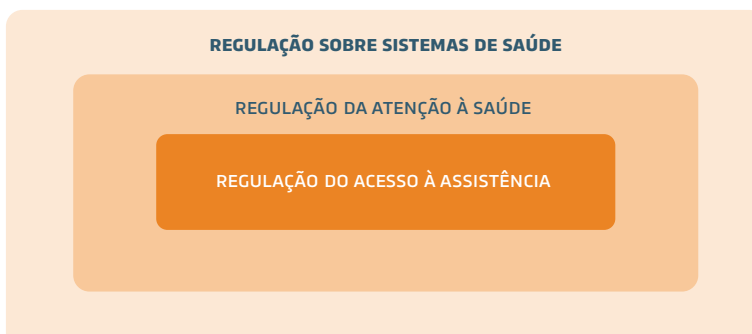
Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;

Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

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

FIGURA 1: CLASSIFICAÇÃO DA REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL



Fonte: OPAS, 2006.

Segundo Cavalcanti (2018), a PNR se destacou pela estruturação da regulação do acesso, embora haja a necessidade de criar mecanismos que assegurem a relação entre a oferta de serviços e a demanda existente.

O âmbito tripartite vem discutindo uma proposta de atualização da Política Nacional de Regulação para adequação da diversidade de situações existentes no país, com foco principal nas ações no âmbito regional, a partir das organizações das macrorregiões e regiões de saúde.

A pauta é o fortalecimento da atenção primária em saúde como coordenadora do cuidado, sendo parte de uma rede estruturada e conectada de serviços de saúde. O debate tripartite nacional ratifica a APS como porta de entrada prioritária, resolutiva e capaz de atender a maior parte das necessidades de saúde do usuário, no âmbito da UBS/USF ou garantindo a continuidade do cuidado. Nessa perspectiva a regulação do acesso será fundamental para viabilizar o acesso mais equitativos da oferta de serviços de saúde, contribuindo para a organização da Rede de Atenção à Saúde, (ALMEIDA et al, 2018)

Os debates estão focados para a organização das seguintes linhas nos territórios:

O desenvolvimento de protocolos de regulação que definam quais situações precisam de encaminhamento para a Atenção Especializada e quais devem ser tratadas pela Atenção Básica;

A governança sobre as ofertas da Atenção Especializada, com transparência na sua organização, distribuição e acesso, envolvendo a Atenção Básica, as Centrais de Regulação e a própria Atenção Especializada e suas diversas formas de provimento de serviços públicos, privados e suplementares;

A distribuição das ofertas da Atenção Especializada, considerando as consultas de 1ª vez e retorno, o apoio diagnóstico, as reservas técnicas e o estabelecimento de referências de gerenciamento e compartilhamento de agendas presenciais e a distância por meio de ações de tele-saúde para a Atenção Básica e para a Atenção Especializada;

A estruturação do Núcleo Interno de Regulação (NIR), no âmbito da Atenção Especializada, visando o desenvolvimento de competências regulatórias e a captação e distribuição das agendas e outras formas de gestão para o sistema de apoio e de logística à RAS;

O desenvolvimento de sistemas de informação integrados que permitam a gestão do acesso e o acompanhamento e registro compartilhado das ações de saúde e do cuidado;

O desenvolvimento de práticas de regulação na Atenção Básica, que exerçam a gestão do acesso à atenção especializada, monitorando e avaliando a agenda cumprida e também a demanda reprimida (não atendida).

O debate é focado na ênfase ao protagonismo da AB como a coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, desempenha papel fundamental

nos fluxos de acessos aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, o estudo recente sobre a Coordenação do Cuidado e a Atenção Primária no SUS, realizado por Almeida et al (2018), cita alguns fatores fundamentais para o êxito da Coordenação de Cuidado e de seus desdobramentos:

A expansão da AB, priorizando a ESF, mais efetiva, com diminuição das barreiras de acesso e consolidação da função de porta de entrada;

Criação de serviços de especialidades médicas nos distritos/regiões de saúde, para conferir equidade ao sistema;

Implantação de Sistemas Informatizados de Regulação;

Informatização dos prontuários;

Implementação do gestor de caso como 'coordenador' do cuidado ao usuário na rede de serviços institucionais e comunitários;

Desenvolvimento de protocolos gerenciais e clínicos, sobretudo se elaborados de forma compartilhada;

Iniciativas de comunicação formal/informal e apoio matricial entre profissionais das equipes de APS, Nasf, Centros de Atenção Psicossocial e atenção especializada, assim como envolvimento dos ACS e ACE em atividades de Coordenação.

Diante dos pontos abordados acima, verifica-se uma base sólida para a emissão de uma nova Política de Regulação, abrangente e que permeia os diversos segmentos do SUS, condizente com os objetivos da regulação pública da saúde.

No cenário em que vivenciamos na região de saúde Vale Feliz ficou evidente a necessidade do entendimento da regulação do acesso à assistência e o funcionamento dos Complexos Reguladores.

Podemos, portanto, utilizar a seguinte definição para a regulação do acesso à assistência:

“A Regulação Assistencial ou regulação do acesso à assistência pode ser definida como: um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado” (GONÇALVES et al, 2010).

Em termos gerais, podemos dizer que a regulação do acesso é o instrumento que irá ajustar a oferta existente com as necessidades de saúde dos usuários do SUS. O ponto fundamental desse ajuste é a otimização dos

recursos existentes, já que a oferta existente, por muitas vezes, será insuficiente em determinado município ou região. Assim a regulação além de realizar essa interlocução entre municípios e regiões, também tem a função de qualificar as demandas dos usuários, com o estabelecimento de prioridades na atenção, ou seja, a regulação deverá fazer a gestão da demanda e não somente a gestão da oferta juntamente com os prestadores de serviços e os gestores que a contratualiza. Deve considerar ainda todas as formas contratuais com a rede de serviços, mesmo que ela não esteja inclusa no SCNES

Na gestão da demanda serão utilizados os protocolos gerenciais com a definição dos critérios de encaminhamento e os fluxos de acesso; os protocolos clínicos discutidos no âmbito local e regional com a participação de equipes multidisciplinares, a fim de gerar documentos elaborados coletivamente e com consenso; e a classificação de risco. Já na gestão da oferta será necessária a utilização dos seguintes instrumentos de gestão: um sistema de regulação com tecnologia capaz de atender as necessidades da gestão; uma programação para alocação de recursos com a definição física e financeira da RAS, com agregação por município, seja para a população própria ou referenciada; os contratos de prestação de serviços; além de ser imperativa a participação nos espaços de gestão regional e do estado.

Cabe a equipe como parte da AB, a regulação, coordenação e elaboração, implantação e o acompanhamento de protocolos de regulação, com fluxos de acesso aos serviços de saúde bem definidos e pactuados. Nesse processo, é fundamental a manutenção dos sistemas de informação, incluindo SCNES atualizado e fidedigno e em contratos efetivos. A gestão da clínica, incluindo o matriciamento, a promoção de encontros técnicos, o Telessaúde e a gestão das filas também são parte integrante desse processo.

Para a organização da regulação do acesso a nível municipal, regional e estadual, contamos além da AB, com os Complexos Reguladores, conceito trazido pela PNR, que podem ser compostos por uma ou mais Centrais de Regulação. O complexo regulador tem como tarefa agregar as ações/atividades do acesso à saúde através da(s) central(s) reguladora(s):

Central de Regulação Ambulatorial: acesso dos usuários aos serviços ambulatoriais, incluindo consultas especializadas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais;

Central de Regulação Hospitalar: acesso dos usuários às internações hospitalares com a participação dos Núcleos Internos de Regulação, que terá como maior função a gestão dos leitos no âmbito hospitalar;

Central de Regulação de Urgência/Emergência: acesso dos usuários que necessitam de atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência. A Central Médica de Urgência do SAMU 192 poderá ser adjuvante desse processo.

Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC): acesso à procedimentos de alta complexidade dos usuários advindos de outros estados.

Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC): gerido pelo MS, esta Central tem como objetivo dar acesso à pacientes dos diferentes estados da União, aos procedimentos eletivos de alta complexidade nas especialidades de Cardiologia, Oncologia, Neurologia, Neurocirurgia, Traumatologia/Ortopedia e Cirurgia Bariátrica, quando houver ausência ou insuficiência comprovada de oferta desses procedimentos no estado de origem do paciente.

Nesse contexto, a interlocução do setor regulação com as demais áreas da gestão será fundamental para esses ajustes, seja ajuste da oferta necessária para a população alvo, ou ajustes orçamentários. Assim a articulação com os setores de Planejamento, Programação, Contratação, Controle, Avaliação e Ouvidoria será fundamental para o êxito dos processos de acesso à assistência.

A figura abaixo ilustra o fluxo relacionado a regulação do acesso



Fonte: CONASEMS

Sendo assim, é muito importante compreender a regulação do acesso a assistências acesso como componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta, auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde.

Com a organização da oferta de ações e serviços de saúde e a melhora do fluxo dos usuários iremos alcançar um acesso mais equânime, otimizando os recursos disponíveis, garantindo o acesso da população à melhor alternativa assistencial.

Da mesma forma os sistemas logísticos para operacionalização dos serviços prestados devem estar adequados no âmbito municipal, provendo interlocução entre os pontos de atenção da rede e seus recursos existentes, seja para a gestão como para os profissionais que atuam na rede.

Fomentar a regulação no município de Porto Feliz qualificará o atendi-

mento da demanda reprimida, a partir da atenção básica de acordo com o vínculo do cidadão aos serviços básicos existentes no município. A existência de protocolos fortalecerá o atendimento da demanda do município de Porto Feliz, com o funcionamento das centrais de regulação sendo organizados mediante a implantação de práticas de regulação na atenção básica e nos demais pontos de atenção da RAS, de forma articulada e com a existência de referência e contra referência dos serviços.

6 Considerações finais

Este exemplo que foi abordado no texto trouxe a importância da organização da rede para assegurar a assistência na atenção especializada, além da importância de uma Atenção Primária estruturada para proporcionar o cuidado integral ao usuário do SUS, e que esta situação é uma relação de interdependência, pois se um dos pontos de atenção especializada ou primária não estiverem organizadas, acaba uma interferindo na resolutividade da outra.

Neste momento de pandemia devemos ter uma preocupação ainda maior na garantia do acesso dos usuários na rede de atenção à saúde, pois o fato dos serviços de saúde nos últimos meses terem se dedicado ao cuidado ao covid-19, e vários serviços ambulatoriais e eletivos terem sido suspensos, criou-se um passivo enorme para o SUS e isso tem que ser levantado e dimensionado em toda a organização RAS.

Na tentativa de garantir o acesso dos usuários nos diversos pontos de atenção da rede, a gestão desse nível de assistência adotou a política do “salve-se quem puder”. De um lado os gestores dos serviços de referência sempre na defensiva por estarem sustentando grande parte desta responsabilidade e, do outro, os gestores dos municípios menores desesperados sem conseguir assegurar o acesso dos seus usuários nos outros pontos de atenção.

Mas durante o processo de organização do cuidado em TRS na região do Vale Feliz, os participantes perceberam que aquela situação deveria ser enfrentada por todos, que gestor agindo de forma individual não conseguiria resolver tal situação, pelo contrário, traria uma maior fragilidade para os gestores, e uma desorganização da RAS, com um grande desperdício de recurso financeiro e que, unidos, poderiam aumentar seu poder de negociação e consequentemente diminuir custo, além de tornar aquela região mais resolutiva no cuidado integral dos pacientes.

Ao abordar a situação problema tratada no texto, percebe-se que para garantir o acesso a atenção especializada não podemos somente pensar em ampliar a oferta de serviços na região de saúde, mas é extremamente importante observar e organizar toda a rede, em especial uma atenção básica resolutiva, o que fará toda a diferença para se ter um cuidado integral de forma oportuna, efetiva e eficiente. A organização da RAS não pode ser pautada simplesmente pela oferta de serviços, deve haver um planejamento baseado nas necessidades de saúde daquela região, isso não é uma tarefa fácil, pois não podemos confundir necessidade em saúde com uma análise subjetiva de necessidade de ampliação de serviços.

Para isso é importante contarmos com ferramentas que contribuem e facilitam a implementação da RAS:

Sistema que possibilite a integração das informações, facilita no monitoramento e avaliação, além de contribuir na definição de estratégias de intervenção;

Instituir uma regulação que tenha a atenção básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde, onde podemos contar com protocolos assistenciais e de acesso construídos de forma participativa e cooperada que traga transparência no acesso e acompanhamento do usuário na RAS;

Organização de um transporte sanitário regional que facilite o caminhar do paciente para os pontos de atenção de forma segura e eficaz;

Fortalecer os instrumentos de contratualização, regulação, informação, gestão de custos e definição de parâmetros, devem ser considerados no Planejamento Regional Integrado.

Cabendo aos gestores da saúde, proverem estas condições para a melhoria da Atenção Básica, realizando a participação proativa em seu próprio território e efetivar o protagonismo, a que tem direito, nas instâncias gestoras do SUS, garantindo assim, a governança do sistema de saúde. Sendo avaliado como positivo para que as questões suscitadas fossem dimensionadas em sua complexidade e, a partir daí se pudessem implementar medidas que sejam efetivas na qualificação do cuidado em média e alta complexidade. Inclusive, o grupo considerou que a situação da Doença Renal Crônica poderia servir como exemplo para que outras ações comuns fossem pactuadas para melhor organizar os processos de atenção e avaliação em média e alta complexidade, sempre na perspectiva da integração regional e do fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde.

PARA SABER MAIS:

- » ALMEIDA, PF et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde., V. 42, Número especial 1, p. 244-260, Rio de Janeiro, 2018.
- » BARROS, FPC; AMARAL, TCL. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. Artigo Original. An Inst Hig Med Trop 2017; 16 (Supl. 3): S39- S45
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Orientações para a contratação de Serviços de Saúde, 2016.
- » CONASS. Seminário do CONASS para entender o Pacto pela Saúde. Legislação e Notas Técnicas do CONASS Livro do Pacto pela Saúde 2006.
- » BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progesteres – Para entender a gestão do SUS, 9).
- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 1559 de 01 de agosto de 2008 que Institui a Política Nacional de Regulação no Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso 25/02/2021.
- » BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. 1ª edição Brasília, 2016.
- » BRASIL, Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10)
- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.675, de 7 de junho de 2018 - Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.
- » BRASIL, Ministério da Saúde Portaria nº 389, de 13 de março de 2014(*) define os critérios para a organização da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica (drc) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.
- » BRASIL, Ministério da Saúde Portaria Nº 3414 de 22 de outubro de 2018 - Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria nº 1.675/GM/MS, de 7 de

junho de 2018, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Artigos 102 a 106. Critérios e Parâmetros Assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- » **Resolução nº 23** de 17 de agosto de 2017. Disponível em:
» http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html.
- » **Resolução nº 37** de 22 de março de 2018. Disponível em:
» http://www.lex.com.br/legis_27629181_RESOLUCAO_N_37_DE_22_DE_MARCO_DE_2018.aspx.
- » RESOLUÇÃO Nº 10, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2016 Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/12/Resolucoes-CIT-n---8-e-10.pdf>
- » Resolução n. 44, de 25 de abril 2018 Disponível em: http://lex.com.br/legis_27813308_RESOLUCAO_N_44_DE_25_DE_ABRIL_DE_2019.aspx
- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- » BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica no SUS.
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. Atenção Especializada.
- » BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
- » Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf
- » CAVALCANTI, RP; CRUZ, DF; PADILHA, WWN. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. V. 22. Número 2. p. 181-188. 2018.
- » CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 588 de 12 de julho de 2018. Aprova a Política Nacional de Vigilância em Saúde. 2018.
- » FALKENBERG, MB; MENDES, TPL.; MORAES, EP; SOUZA E.M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Rev. Ciência & Saúde Coletiva 19(3) p. 847-852, 2014.

- » FELICIELLO, D., et al. Contratualização do SUS, UNICAMP, 2016.
- » GONÇALVES, IM at al. Avanços e resultados da regulação do acesso aos serviços de saúde no sus de Minas Gerais. Apresentação no III Congresso CONSAD de Gestão Pública. p 24. Brasília, 2010.
- » PASCHOAL, AS.; MANTOVANI, M.F.; MEIER, MJ. Percepção da Educação permanente, continuada dos Enfermeiros de um do hospital de ensino. Rev. esc. enferm. USP. v.41, n.3, p. 478-484, 2007.
- » TCU. Tribunal de Contas da União. Acórdão 1.189/2010 – TCU – Plenário.
- » WEICHERT M., A. Saúde e Federação na Constituição Brasileira. Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2004. 199 p.

CAPÍTULO

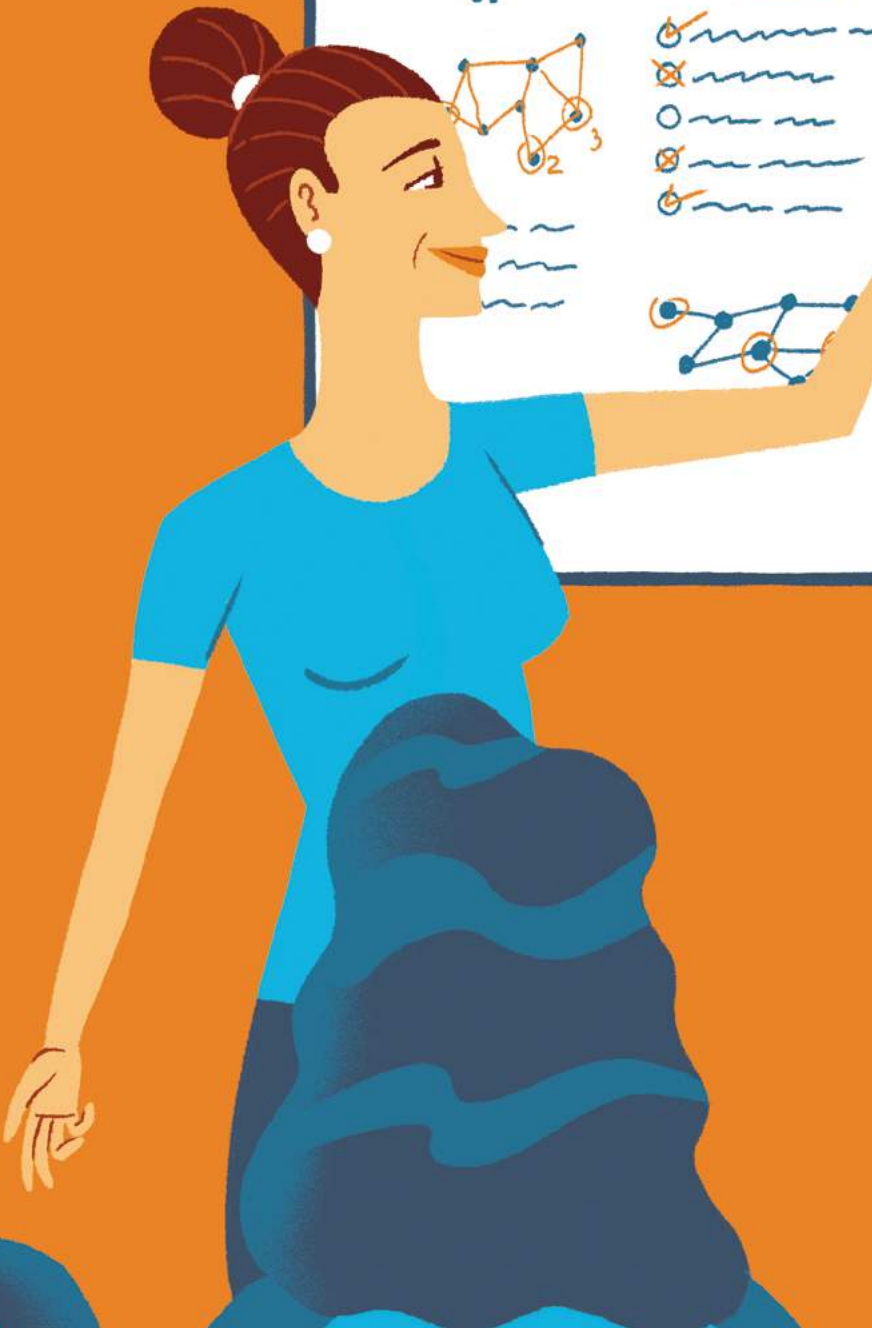
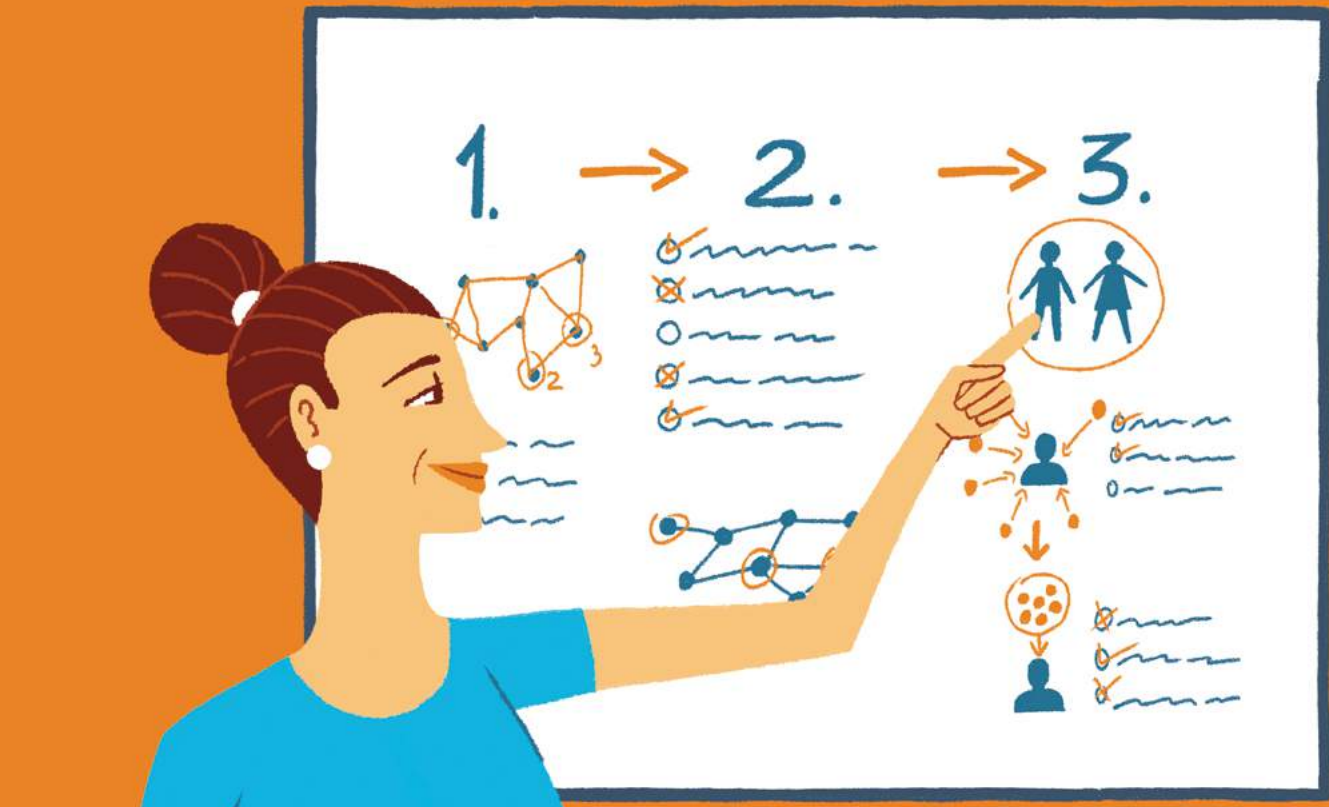
16

GESTÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E DA ATENÇÃO HOSPITALAR

O Tempo de espera pelo atendimento de emergência está insuportável!

A assessoria de comunicação da Prefeitura de Vila SUS solicita uma agenda com Olga para tratar de uma demanda do prefeito do Município. Olga fica curiosa e marca uma reunião para o mesmo dia no começo da tarde, pensando que quando a assessoria de comunicação pede agenda, muitas vezes é porque vem bomba por aí. Mas enfim, restava aguardar e deixar algumas pessoas de sua equipe de sobreaviso, pois poderiam ser necessárias na conversa que estava por vir.





Procurando se antecipar, pois afinal de contas, hoje em dias as coisas estão sendo ditas nas mídias sociais, principalmente no WhatsApp, Facebook e Twitter, Olga pede ajuda à sua equipe para dar uma “rastreada”, ou seja dar uma olhada nesses canais instantâneos, e ver se havia alguma coisa “bombando”¹. Não deu outra coisa: nas redes sociais “o assunto” era uma criança que demorou a ser atendida e teve uma convulsão na sala de espera do atendimento médico. A imagem era de uma emergência lotada, inclusive com pessoas idosas aguardando por uma internação em leitos improvisados em seus corredores. A mãe da criança pergunta na rede social se é necessário ficar pior para ser atendido com dignidade na emergência...

- *Este assunto é dos mais complicados, é a demora, a fila, o sofrimento...*
- *E tem mais uma coisa: é sempre uma enorme dificuldade de se inventar algo que funcione e descomplique a situação! Melhor já ir chamando Lúcia e Simone, que é a diretora do hospital.*

Olga ligou imediatamente para a Simone a fim de saber melhor acerca do estado do menino e como as coisas estavam na porta de entrada da emergência naquele momento.

Pelo telefone, diante da indagação de Olga, Simone responde:

S: Já está tudo controlado e as coisas estão mais calmas por aqui...

O: Mas, e o menino, como ele está? O que houve com ele?

S: Na verdade, ele está bem após a convulsão, você sabe né? Chegou aqui com um mal estar e uma febrícula, disseram-me que nem chegava a 38° C... Bom, hoje as coisas estão mais complicadas por aqui, estamos tendo uma pequena epidemia de diarreia por rotavírus e não para de chegar gente e tem que observar, hidratar e aí o tempo de espera foi aumentando e ninguém viu que a criança abriu um febrão – 39,5°C - do nada. Era uma amigdalite, a criança já está medicada e vai ficar um pouco em observação para ver se tudo vai bem...

O: E as pessoas no corredor? Isto não acontece tanto assim, não é?

S: Olha Olga, apesar de nosso esforço, tem sido mais frequente do que a gente gostaria ficar com pessoas, as quais resolvemos a demanda por urgência, mas temos dificuldades para cuidar da saída daqui, tanto para a continuidade do cuidado na internação hospitalar aqui ou em outra unidade da Rede, além das pessoas que poderiam até ir para casa, para a atenção básica, não temos como garantir a continuidade do projeto terapêutico, porque aqui nós dispensamos medicamentos e monitoramos com recursos

¹ “bombando” é uma gíria de comunicação referente à capacidade de uma notícia postada produzir um desencadeamento de respostas e comentários de grande intensidade e velocidade.

diagnósticos os que estão sob nosso atendimento, mas não temos como garantir isso para quem vai para casa... Além disso, Olga, você sabe: alguns de nossos médicos acham que quem está lá na atenção básica não dá conta do recado depois que a agente estabiliza os nossos usuários aqui... Este assunto é muito complicado!

O: É mesmo! Mas venha ao nosso encontro de hoje a tarde, acho que sua visão sobre este problema é muito importante, ok?

S: Se por acaso as coisas estiverem pegando fogo por aqui – você sabe que sou a comandante dos bombeiros do hospital para apagar incêndios - aí mando a minha substituta em meu lugar...

O: Simone! Está na hora de mais gente saber apagar incêndios, não é? Faça o favor de vir, porque você vai ser insubstituível nesta conversa de hoje!

S: Está bem, está bem! Estarei aí com vocês, até já. Mas antes vou dar mais uma olhada para sentir como as coisas estão indo.

O: É isso aí, assim que se fala! Se você achar necessário, pode trazer quem você quiser ou necessitar contigo para esta conversa, pois quanto mais olhares diferentes mais a gente vai ver a coisa por inteiro. Tchau!

Esta questão que Olga está se deparando é muito complexa e envolve algo que chamamos de “fila”, ou seja, há um processo de busca ou demanda, há também um funcionamento, com um ou mais processos de trabalho e cuidado aplicados durante certo tempo e uma saída, como fim de processo ou como transferência de responsabilidade do cuidado para outra unidade assistencial, na mesma unidade de saúde ou em outra regulada pelo Sistema Único de Saúde. É claro que, por vezes, em certos processos mais complexos de trabalho em saúde, ao se encerrar o processo de atenção que é adequado numa unidade, a saída é postergada, porque ela dá entrada em outra fila, de outra unidade, ou de outro processo, na mesma unidade.

Resumindo esta questão, e preparando um pouco a discussão, vamos nos aproximar da Teoria das Filas, algo recente nas discussões da saúde, mas talvez importante, que neste sentido, podem permitir uma abordagem analítica que abra o problema, que mostre um pouco dos fatores que estão intervindo no seu acontecimento.

“As filas são caracterizadas por cinco componentes principais, a saber: (1) a taxa de chegada dos usuários; (2) o padrão de chegada ou a disciplina da fila; (3) o número de servidores²; (4) a distribuição do tempo de serviço; (5) e a saída da fila”.³

Por outro lado, no caso das filas, sejam elas visíveis ou invisíveis, ela se apresenta de distintas formas de acordo com a situação de quem está enxergando-a, ou sofrendo-a. Mas como assim? A fila na qual estão a mãe e seu o filho adoentado ou com dor, não é a mesma fila que o gestor maior do município vê, nem aquela que o secretário de saúde está vendo, e também não é a mesma que está pressionando o gestor do serviço e, é claro, também não é a mesma que os diferentes trabalhadores da equipe de saúde sentem e têm à suas portas. Esquecemos alguém? Sim, faltam aí os demais membros da sociedade, a população organizada ou não, seus conselhos de participação popular e as outras instituições, que mesmo que não queiram, fazem parte do mesmo processo, como as outras unidades e atores da rede de serviços de saúde.



O mapa que vai se construindo no pensamento e na sensibilidade de Olga vai ficando grande demais, complicado demais, com gente demais. O que fazer? - pergunta-se Olga. Por onde começar? Bem, pelo começo... Daqui a pouco estaremos com alguns destes atores conversando sobre a situação em cena. E aí, Olga pensa no que tem aprendido nestes últimos anos: quanto aos problemas a resolver, a gente sabe como começa, mas não sabe ao certo como termina. Vida de gestor do SUS!

2 Servidores aqui tem a conotação de uma unidade de serviço, uma unidade de capacidade, como um consultório de classificação de risco, um consultório médico, uma poltrona para medicação e observação, um módulo na sala vermelha, etc.

3 Goldwasser RS. Planejamento da rede de atenção aos pacientes críticos no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. 98f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, 2018.

Bem no comecinho da tarde, quase uma hora antes da conversa marcada, que a essa altura já era a “agenda da gestão”, a assessoria de comunicação do prefeito manda um WhatsApp para Olga dizendo que “há mais posts positivos do que negativos nas redes sociais, e que as pessoas do povo estão defendendo a emergência do hospital, alegando que às vezes uma eventual demora acontece, mas que é um lugar em que se pode confiar para se ir, em situações de emergência e urgência” e por este motivo, “poderiam deixar esta conversa para alguns dias depois, pois outras questões estavam pressionando mais neste momento a agenda da prefeitura”. Ok, disse Olga, estou à sua disposição! Mas pensou imediatamente: o problema é que não é fácil assim tirar a pulga que ficou atrás da orelha. Se existe problema, vamos conversar sobre isso e pronto! A reunião está mantida!

Olga tenta fazer aquele pré-processamento indispensável para uma boa reunião, como escolher um eixo de compreensão que ajude os diversos atores e olhares a conversarem entre si de forma colaborativa, mesmo diante dos conflitos e tensões que são constitutivos da gestão do trabalho em saúde. Pensa que é necessário manter uma centralidade na criança e sua mãe e nas pessoas que estavam “fora do local adequado” e que a partir daí, se possam estabelecer os descritores dos problemas nomeados, as possibilidades de intervenção e uso de ferramentas de gestão do cotidiano e por aí afora.

Na análise do problema, Olga já organizou um processamento para um diagnóstico situacional inicial. Para isso, é necessário nomear bem os problemas, definir seus descritores para não perder tempo com aquilo que não se sabe ao certo se está ou não acontecendo e na discussão complexa dos problemas, analisar suas cadeias causais e consequenciais, apontando para possíveis medidas de intervenção rumo à solução. Firmando uma situação objetiva e desenhando um Plano Operativo eficaz, com as diversas responsabilidades definidas e indicadores de acompanhamento para o monitoramento das ações, quem sabe, não se avance na construção de soluções.

O: Bom gente, vamos conversar um pouco sobre o que aconteceu hoje em nossa emergência do hospital. Acho que todas já se conhecem, certo? Mas, para que a gente não entre num chororô ou em questões sem saída e de difícil conexão neste problema complexo, vamos tentar conversar pensando na centralidade do usuário, certo? Assim, é o menino e sua mãe e os velhinhos nos corredores da emergência, que devem animar nossa reunião. Por exemplo, quem é este menino? Quem é sua mãe? De onde são? Ela procurou a Unidade de Saúde da Família antes de ir ao Hospital?

S: Pois é, acho que não sabemos muita coisa, né?... mas, se nós buscar-

mos em seu registro deveremos saber, pois na entrada da emergência é perguntado além do bairro, qual é a equipe de referência da ESF, mas a gente não faz muita coisa com esta informação... Acho que começamos a registrar esta informação quando pensamos num projeto de “Alta Segura”, que consistia em acionar a ESF de referência para a devolução de casos mais sensíveis, tentando produzir responsabilidade compartilhada, lembra Olga?

O: Lembro sim! Me dá vontade de perguntar o que vocês avançaram nisso, talvez até possa ajudar nessa discussão, mas é melhor agora ouvir um pouco mais.

Médica: Oi gente! Eu sou pediatra e atuo no hospital, na emergência e também no cuidado com as crianças, na unidade de internação que tem apenas oito leitos e Sueli me chamou para ter alguém envolvido mais de perto com o problema que tivemos, assim como a enfermeira da Emergência que está aqui pelo mesmo motivo, mas creio que ela você já conhece...

Bom, é bem importante notar que por vezes o trabalho em saúde é muito fragmentado na rede de serviços, e quem está num ponto, ou numa estação da linha de cuidado, não vê, ou não sente as inquietações de quem está em outro lugar e muitas vezes não consegue ter informações que seriam muito importantes do ponto de vista da gestão e organização do próprio trabalho de saúde. Por exemplo, ninguém sabia muito mais sobre a criança, além do diagnóstico, do inconveniente episódio de crise convulsiva na espera do atendimento médico e de que tudo ficou bem com a criança depois. Ah! Ficou também uma exposição negativa da instituição nas redes sociais, e, mesmo havendo a defesa nas redes do serviço, fica sempre este prejuízo “moral” de ser colocado como quem não está cumprindo de forma adequada as promessas da política de uma vida boa para todos.



Você convidaria a equipe de saúde da família responsável pela criança para esta reunião?

As unidades da Atenção Básica não deveriam estar conectadas com a atenção de urgência e emergência na RAS? ⁴

Não é a Atenção Básica que deve ordenar a atenção para produzir a Integralidade?⁵

O: Bem gente! Acho que faltou chamar a Equipe de Atenção Básica, os profissionais de medicina e enfermagem, não é? Acho que eles saberiam dizer algo mais sobre esta criança e sua rede de vínculos... Mas vamos seguir, já estamos mesmo por aqui sem estes trabalhadores e, se for o caso, depois vamos a eles.

Médica: Às vezes acho que uma criança como esta poderia ter sido atendida rapidamente na Unidade de Saúde da Família, a amigdalite teria sido vista prontamente, o projeto terapêutico seria de uma intervenção medicamentosa simples e nada disso teria ocorrido. Mas também não sei como é o trabalho lá... Me dizem, por vezes, que é tudo muito programado e tem pouco espaço para intercorrências das pessoas que estão inscritas na unidade (ver Capítulo 11). Confesso que não sei o que fazer com isso, mas acho que quando fizeram o treinamento sobre a Rede de Urgência e Emergência (RUE), falaram que a Unidade Básica da ESF seria um ponto de atendimento, podendo ser a primeira estabilização, se fosse o caso.

4 BRASIL. PRC MS/GM nº3, Anexo III, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Suplemento de 03/10/2017. Art. 4º. A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes componentes: (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º)

I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, I);

II - Atenção Básica em Saúde; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, II);

III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, III);

IV - Sala de Estabilização; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, IV);

V - Força Nacional de Saúde do SUS; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, V)

VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VI);

VII - Hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VII);

VIII - Atenção Domiciliar. (Origem: PRT MS/GM 1600/2011, Art. 4º, VIII).

5 BRASIL. Decreto Presidencial 7508 de 28/06/2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29/06/2011, seção I.

Mas, será que isto acontece? ^{6,7}

Enfermeira: Bom como a Dra. falou, tem uma parte que deveria acontecer fora da unidade, mas não aconteceu, não é? Aí, acho que a bola está com a gente, chegou lá na emergência, é porta aberta, certo? Então é com a gente! Continuando, nossa média de classificação de risco é de dez minutos, se aumenta a demanda, mais um trabalhador da enfermagem abre um consultório de classificação de risco e em dez minutos no máximo as mães sabem quem é amarelo, quem é verde e quem é azul. Quem é vermelho não tem conversa, chegou, entrou! Tudo para! Porque em crianças ou adultos, vermelho é para atender imediatamente, e vamos acolher a vida no limite!⁸

O: Mas é tranquilo assim?

Enfermeira: Quando tudo está calmo é... Mas quando o bicho pega, sai de baixo! As mães e os acompanhantes dos adultos e idosos associam logo a cor à expectativa de sofrimento de espera pela qual vão passar, ao invés de associarem à priorização como a gente vê. A gente tenta conversar, mas ninguém quer ser classificado verde, não é? E quando eu acho que é verde, a mãe, o pai, a tia ou a avó, pode achar que não é nada disso porque a criança está sofrendo, está com dor, está mal... e é a sua criança, ou é o seu avô!

O: Vamos tentar ser mais específicos: a que horas esta criança entrou na emergência e como estava o movimento nesta hora?

S: Olga, nós monitoramos a chegada da demanda e ela tem um padrão que é assim⁹, como estou projetando para vocês verem:

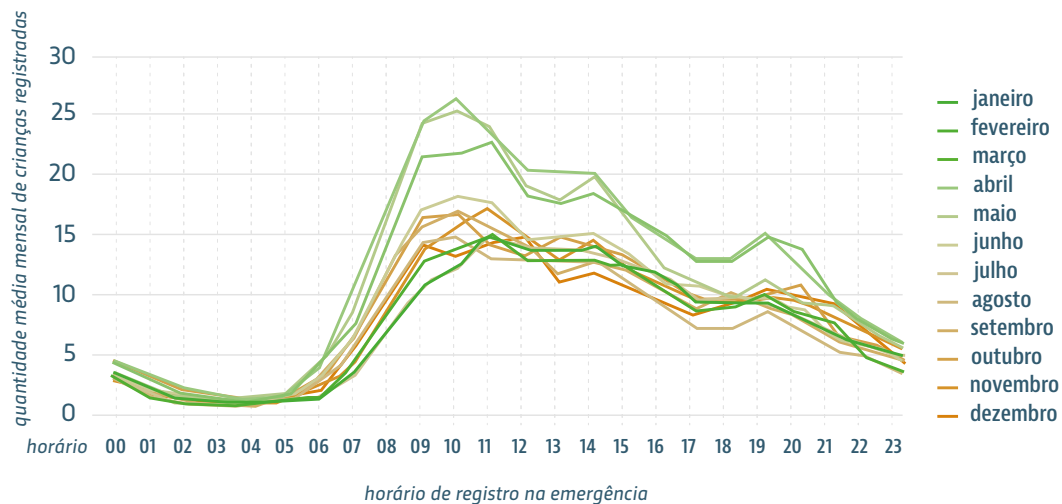
6 BRASIL. PRC MS/GM Nº3, Anexo III, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Suplemento de 03/10/2017.

7 BRASIL. MS/SAS /DAB. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V. 1). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 25/02/2021.

8 BRASIL. MS/SAS. PNH. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf>. Acesso em: 25/02/2021.

9 Estas informações se referem a uma emergência pediátrica de um município de médio a grande porte de uma região metropolitana do Brasil e seus números são maiores do que o esperado para Vila SUS, mas o comportamento probabilístico pode ser o mesmo, para considerar o perfil da demanda pelo momento da chegada na unidade.

FIGURA 1: PERFIL DE ENTRADA NA EMERGÊNCIA X HORÁRIO DE CHEGADA, 2018



Fonte: Elaborada pelo próprio autor/colaborador

O menino entrou às 10h12, quando o pico de atendimentos começa a ficar de forma muito intensa, particularmente quando estamos nos meses de maior impacto sazonal, e nas crianças este período é entre abril e agosto (outono-inverno).

O: Mas as equipes da emergência estão distribuídas para estes patamares que variam ao longo dos dias?

S: Na verdade não! Sempre foi meio assim, todo mundo entra no plantão às 7h e sai às 19h, aí entra outra equipe às 19h e sai às 7h e assim vai...

O: Vejamos: tem um padrão de chegada muito estável, não é? Não seria interessante que a equipe fosse reforçada entre as 9h e 21h horas? Até porque a chegada da demanda faz pico na hora que as pessoas sentem fome, não é? E todos precisam estar bem para trabalharem bem. Já, entre as 21h e 7h, o volume de atendimento é bastante reduzido o que pode tranquilamente propiciar uma mudança nos tempos das disponibilidades dos trabalhado-

res, ou das unidades de serviços, como diria a teoria das filas¹⁰.

S: Boa proposta! Mas isso mexe com a vida das pessoas, dos trabalhadores, não é?

Médica: Mexe sim! Mas às vezes tem sempre quem possa mexer nos seus horários, e se for para melhorar o nosso trabalho e o fazer com mais segurança, certamente é uma ideia válida.

O: Tudo muito bom! Mas uma reorganizada no tempo e nas ofertas de unidades de serviço, ou capacidades seria o suficiente para que o problema não houvesse acontecido?

Enfermeira: Talvez, mas é importante sempre lembrar que a gente não controla a chegada das pessoas, mas podemos mudar a nossa organização do trabalho... (ver Capítulo 4).

O: Antes de você continuar, é melhor anotarmos esta ideia para entrar em nossas contrapropostas de negociação com a pauta sindical, certo? Nestes dias mais complicados de grande demanda onde chegam muitos ao mesmo tempo, vocês fazem uma reclassificação de risco, ou seja, vocês dão uma reavaliada nos usuários para ver se se mantêm na mesma classificação ou se agravaram, por exemplo?

Enfermeira: Infelizmente a gente acaba reclassificando quando somos motivadas pela queixa dos usuários. Isto acontece quando eles percebem que as coisas estão piorando. Ainda não incluímos em nosso processo de trabalho um olhar, persistente, atento às possibilidades de desestabilizações do que acabamos de ver e classificar, talvez seja uma ideia bem boa a de preparar um processo de revisão permanente da classificação de risco. Afinal de contas, o importante mesmo é acolher não é?

O: Pois é! Quem sabe se ao menos quando a espera passasse de um tempo razoável, uma hora de espera média, por exemplo, não se devesse criar uma rotina de reclassificação... Será que isto seria viável? Será?

Médica: Concordo: É sim, é isso o que mais importa! Mas não adianta acolhermos as pessoas, os usuários e em seguida colocarmos outra barreira para o atendimento. Tem acesso, ou tem barreira? Quando a gente precisa de cuidado para nós e para nossos amigos e familiares, quando é com a gente, não é assim que a gente pensa?

O: Bem, já vimos que existe um perfil de chegada, e que ele é o primeiro

10 Goldwasser RS. lb.

passo da análise da teoria das filas e estamos começando a ver que existe também uma disciplina, um funcionamento regrado e ali já identificamos que quando as coisas saem do esperado, ou talvez em certa rotina mesmo, deva ser estabelecido um processo permanente de revisão da classificação de risco... Esta é a disciplina da fila de entrada: as pessoas são classificadas e isto ordena de certa maneira uma priorização. Quem é vermelho é pra já! Amarelo é urgente, verde dá para esperar um pouco e temos também os azuis. Particularmente este último grupo quando se trata de mães, de certa forma mais concreta, quase significa uma indicação que a desistência do atendimento é melhor...

Enfermeira: Mas não precisava ser assim, não é?

Médica: Não mesmo!

O: Como poderia ser? Fiquei interessada!

Enfermeira: Gente, se nós pudéssemos marcar da classificação de risco um encaixe para os usuários classificados com azuis direto na ESF a gente ia fazer o tal do Acolhimento com A maiúsculo! Ninguém mais iria dizer que acolhimento é “uma forma elegante de dizer não”, que fazer acolhimento é oferecer barreira, estas coisas que tanto discutimos nas EP (Educação Permanente). Olga, estamos avançando, cada vez garantindo mais o direitos de cidadania das pessoas, mas podemos ir mais longe...

Médica: O que é que impede que a gente agende direto na unidade de atenção básica quem deveria estar sendo atendido lá? Não é para se livrar das filas, mas talvez isto pudesse ajudar a cultura de nossa gente, esta ideia forte de que se alguém precisar resolver um problema de saúde rápido, é lá na emergência que se encontra o lugar certo, porque lá, pode não ser, não é?

O: É gente, mas tem os Conselhos Profissionais, que normalizaram que todos os classificados, seja o nível que for, devem ser vistos pelos médicos. Isto é uma questão importante...

S: Sabe o que está me ocorrendo? A gente sempre pensa na Regulação do mais simples para o mais complexo, da atenção básica para a especializada, da emergência para a internação, da especializada para o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e assim por diante. E o caminho inverso, não como contrarreferência, mas como referência para o lugar certo, que não é ali, naquele momento, a gente não consegue fazer!

Lúcia: Estava aqui quietinha e achava que, mais tarde um pouco, ia ter que me manifestar, lá na história das pessoas no corredor etc. e tal. Mas já que estão falando disso, precisamos lembrar que a regulação é

só a operação daquilo que foi combinado! Explicando melhor: todos os envolvidos com as diversas linhas de cuidado combinam em que participam, com quais capacidades, quais recursos assistenciais, enfim, é isto que faz da Rede de Atenção à Saúde (RAS)¹¹ uma trama de disponibilidades, mas precisamos lembrar que elas não são infinitas, pelo contrário, olhem bem: falo combinar porque não gosto da ideia de negociar, esta história de mercado de compra e venda de serviços de acesso como consumo, não é? Nesse sentido, nada impede que uma unidade de maior porte ou situada em um nível de complexidade maior que também é porta de entrada do sistema, regule usuários para o nível de atenção básica, que, aliás, tem a incumbência formal de ordenar o cuidado, não é mesmo? O que falta para isto acontecer? É claro! Só acontece este trânsito, estas responsabilidades compartilhadas se existir uma combinação entre as partes envolvidas.

Uma das questões que envolvem as filas e sua disciplina são estes critérios de inclusão ou não do usuário naquela espera, naquela expectativa de atendimento, pois por vezes os critérios de admissibilidade tornam a demanda excessiva para a capacidade das unidades de serviço disponíveis. Acolher, ou ser hospitaleiro com quem está demandando cuidado não implica apenas em classificar o risco para ordenar o atendimento através de priorização. Por vezes o acolhimento nos motiva a entrar em processos comunicativos com o restante da rede para que se garanta a melhor assistência e a maior garantia de continuidade do cuidado.

Quando acolhemos o usuário afirmamos a ele que está sob nossa responsabilidade e que faremos o que for de mais adequado para cuidar de sua vulnerabilidade e por vezes o melhor a ser feito não é colocá-lo na fila de espera do atendimento de urgência, mas de garantirmos uma atenção mais imediata em outra unidade da rede, particularmente aquela a qual ele já está vinculado territorialmente e muitas vezes afetivamente.

A demanda na porta de urgência pode ser aumentada por problemas de capacidade da atenção básica ou de outros recursos como os da Atenção Psico-Social e estas capacidades podem ser moduladas pela cobertura da AB, organização dos serviços, a forma de agenda, os mecanismos de garantia de espaço para intercorrências e demandas es-

11 Ver Capítulo 10

pontâneas. Mas, podem também ser consequências das sobrecargas de eventos episódicos de surtos e epidemias, de fatalidades da natureza e eventos imprevisíveis. É importante estarmos sempre atentos nas articulações Municipais, Regionais e Nacional de contingenciamento de catástrofes¹², pois é melhor estarmos preparados minimamente para aquilo que é imponderável, do que apenas lamentar o que não pode mais ser nosso objeto de intervenção.

Enfermeira: Muitas vezes, a espera pelo atendimento nem é tão grande, mas uma vez atendidos, muitos usuários precisam realizar um procedimento terapêutico, ou uma investigação diagnóstica com exames complementares, tais como imagens de radiografias e ultrassonografias, bioquímica, hemograma, urinálise, eletrocardiograma ou qualquer outro apoio diagnóstico complementar. Aí às vezes, o que fica embolado é o movimento de chegada com o de revisar e resolver quem já está em atendimento. Se ninguém estiver observando estes movimentos e gerenciando estes fluxos, as coisas podem dar muito errado... Outro dia mesmo, houve uma confusão danada porque uma mãe estava já há seis horas dentro da emergência e ainda não teria havido a reavaliação de sua filha e ela não identificou nenhum canal para conversar sobre isto. E aí, quando falta um canal de conversa, tem gente que parte “pro grito”, né?

Médica: Uma amiga minha que trabalha na Atenção Básica, queixou-se comigo que por vezes bastava poderem solicitar uma realização de exame complementar em caráter de urgência que seria o bastante para que muita gente não precisasse vir a emergência. Sei que foge ao nosso assunto, mas será que não poderíamos pensar em uma forma de existir um pouco mais de articulação neste sentido? Se a AB solicita, o Raio-x é marcado sei lá pra quando, mas se eu solicito na emergência, faz na mesma hora – como fica a demora oportuna e autorizada da Medicina de Família?

O: Vou só anotando estas novas agendas que a gente vai ter que dar um jeitinho de dar conta, mas é conversa com muito mais gente, não é Lúcia?

V: Bom, voltando um pouquinho pro nosso foco de hoje e, não porque este assunto não seja muito oportuno, mas por uma questão de administrarmos nossa agenda, gostaria de saber uma coisa: Vocês já ouviram falar em KANBAN¹³?

12 BRASIL. MS/SVS/DVSAST. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília: Ministério da Saúde. 2014. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_resposta_emergencias_saude_publica.pdf>. Acesso em: 25/02/2021.

13 KanBan é a junção de duas palavras japonesas, onde Kan quer dizer Visual e Ban informação. Por isso tipicamente o KANBAN é um sistema de informações por cartões com informações sobre o tempo

S: É uma metodologia industrial da Toyota, fábrica de automóveis, não é?

V: É sim, só que em vários lugares esta metodologia foi criada para uma economia máxima e uma produção enxuta, fazendo só o que fosse o mínimo que seria vendido e no menor tempo possível (*Just-in-Time*) foi sendo adaptada para unidades assistenciais da saúde, havendo experiências como as de Limeira (SP), ainda na década de 90 e, depois da organização da RUE, em vários outros lugares pelo país afora^{14 15}. No KanBan tradicional, a unidade de produção final avisa a anterior do que está precisando e assim sucessivamente, pois o desfecho do processo é a venda de um carro. Se há carros demais no estoque, a unidade final não manda a informação e a unidade anterior para e termina apenas o que já está fazendo e assim sucessivamente. Se houve algum problema, imediatamente a gestão de qualidade vai tentar esclarecer e resolver, se for uma superprodução, vai ter que segurar o processo de montagem. Vejam que estou simplificando demais... Tem toda uma filosofia de automação com humanização por trás destas ferramentas, mas vamos lá: e na saúde? No nosso caso, as primeiras aplicações foram feitas nas unidades de internação e nas salas vermelhas e amarelas das unidades de emergência, já que nestes lugares a ocupação acima dos limites pode produzir subjetivamente e objetivamente uma situação de insegurança no cuidado aos usuários. Então, o nosso KanBan é de certa forma invertido e o que nos interessa é monitorar se as coisas estão indo bem, nos tempos adequados. Não é uma linha de montagem de fábrica, mas as equipes podem estabelecer os tempos em que se esperam a resolução dos problemas de saúde, se o tempo vai se alargando, as equipes devem se debruçar sobre o usuário e entender o que possa estar acontecendo, particularmente revendo o projeto terapêutico e atualizando-o se necessário. Nós trabalhadores de saúde temos ou fazemos uma previsão, temos certa expectativa ou uma probabilidade de que dependendo do diagnóstico e da idade e das vulnerabilidade às quais as pessoas estão submetidas, os tempos dos processos terapêuticos, que são singulares, vão variar dentro de certas faixas. Por exemplo, só para tentar dar um pouco mais de concretude na ideia: uma celulite na face de uma criança de 3 anos, com estado nutricional prejudicado, quanto tempo deveria estar na emergência? A resposta seria o menor tempo possível,

e a adequação do processo de produção. Em nosso caso, este processo produtivo é o trabalho em saúde buscando o melhor desfecho para o usuário.

14 Essinger LA. Implantação da ferramenta kanban como indutora da melhora do fluxo dos pacientes em um hospital de emergência. Rio de Janeiro, 2017, 67 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

15 Mattos CM. Aplicação da ferramenta Kanban no processo de internação de uma unidade hospitalar pediátrica. Niterói, 2016. 108 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal Fluminense, 2016.

pois ali, a tarefa deste lugar é realizar o diagnóstico global, instituir o projeto terapêutico e imediatamente ingressar em um leito adequado em unidade de internação. Se esta criança fica até seis horas ali enquanto o NIR (Núcleo Interno de Regulação) providencia o recurso adequado está tudo ok e seu KanBan é classificado como I (ou verde). Este cartãozinho ou cartão estará fixado na maca ou poltrona e ao mesmo tempo estará no mural, que pode ser um quadro branco ou uma planilha do Excel®. Mas digamos que os leitos do hospital destinado a crianças estão lotados e o NIR não consegue através da Coordenação de Regulação outra posição disponível na Região e com isso o tempo vai passando e a criança já está com mais de seis horas? A classificação muda e o KanBan agora é nível II (amarelo), o que é um sinal de alerta para a equipe, pois talvez tenha que acionar a unidade de internação para tentar construir uma alta segura possível e resolver, pois esta criança já estará num local inadequado, pois a tarefa da Emergência já está concluída. Agora imaginemos que já serão mais de 24 horas inadequadamente na emergência. O Kanban agora é III (vermelho) e a equipe tem que resolver mais algumas coisas, pois o paciente fora do lugar pode se tornar um paciente de ninguém, certo? Por outro lado, como acomodar mãe e filho num espaço que foi concebido apenas para uma observação rápida, e os riscos de queda? Além é claro, que esta presença no local inadequado vai dificultar as ações de terapêutica e observação dos usuários, que continuarão chegando...

Enfermeira: E quantas vezes conseguimos uma vaga de internação em outro município da nossa Região de Saúde, mas falha o processo de transferência do SAMU? Não é fácil trabalhar em municípios pequenos, com os recursos compartilhados e muitas vezes escassos e antes que nossa Secretária diga, digo eu: Mais uma agenda que tem que ser enfrentada, afinal, o SAMU é muito estratégico para garantir este trânsito na rede de urgência e emergência e na atenção hospitalar...

O: Ufa! De certa forma o tal do KanBan não faz mágica, não é? Para criar um espaço para a demanda daqui, tem que ter uma gestão do espaço ali na outra unidade e para criar o espaço na outra unidade, para produzir uma alta segura, tem que haver compartilhamento de responsabilidade dos trabalhadores da unidade de internação com os das ESF ou outros recursos da rede de serviços de saúde!

O Problema

Trajeto na abordagem do problema;

Identificar e ponderar o problema;

Mapa mental;

Análise situacional com atores envolvidos no problema;

Definição de causas;

- *Uma atenção básica insuficiente na visão dos médicos;*
- *sobrecarga de atenção na urgência emergência; e*
- *causas relacionadas à teoria das filas.*

Coleta de dados com monitoramento e avaliação;

Explicitação das consequências sociais;

Construção de proposta para solução.

Ambiente interno

- *Reestruturação dos atos normativos;*

- *Comunicação com rede aprimorando a conexão: alta segura, ficha azul e unidades de retaguarda;*

- *estabelecimento do KanBan (gerenciamento dos fluxos e tempos).*

No ambiente externo

- *Regulação deve diminuir a fragmentação da atenção;*

- *Rever a gestão de pessoas;*

- *Rever a logística do apoio ao serviço;*

- *Integrar a logística ao cuidado.*

Complexidade das interações não devem gerar encaminhamento simples;

Construção de um projeto de integração

S: O pior é que a gente acaba fragmentando o cuidado nas diversas unidades, aqui e nos outros lugares...

L: Esta é uma das nossas tarefas na Regulação: reduzir a fragmentação e produzir mais solidariedade entre as diversas unidades e entre os seus trabalhadores, claro que com o centro da atenção em nossos usuários, afinal, é pela redução do sofrimento, pela defesa da vida e pelo acolhimento das pessoas com suas necessidades de saúde que estamos trabalhando!

O: Vejam que com esta discussão passamos para o ponto 3 e 4 da teoria das filas que dizem respeito a capacidade de atender às demandas das pessoas, que pode ser um pouco mais elástica, como por exemplo, concentrar férias nos períodos de baixa sazonalidade, reforçar a equipe entre

as 9h e 21h, questões que podem e devem fazer parte da negociação com a base das categorias de trabalhadores (ver Capítulo 4), como também podemos deslocar alguém para acelerar e rever a classificação de risco quando a sala fica lotada, mas também de monitorar e tentar rever os projetos terapêuticos quando o tempo excede...

Médica: Mas quem define o tempo?

O: Ou se compra pronto, ou as equipes vão definindo aos poucos, acho a segunda medida melhor, mas vale muito a pena ver as outras experiências, certo? Por fim a questão talvez crítica seja a referente à saída, pois muitas vezes não conseguimos produzir a capacidade para fora de nossos alcances e aí só tem um jeito: a rede tem que ser rede e rede pra valer é “Rede Viva”, conexões permanentes e afetivas entre os trabalhadores, motivados pelo rosto do outro que sofre e por isso Acolhemos.

É claro que esta conversa muito produtiva e esclarecedora poderia ter acontecido em qualquer lugar, mas sempre que o eixo de discussão é sobre a centralidade do usuário no nosso Trabalho de Saúde, as coisas ficam mais tranquilas. Por vezes, a gestão das unidades e dos serviços não consegue evitar eventuais superlotações, excessos de demanda, inclusive com os perigos de se produzir escassez de materiais necessários, pois haja logística para garantir os insumos muitas vezes contratados para um volume de atendimento, que vai pressionando o consumo para cima. Neste sentido, o KanBan também é interessante, pois poder-se-ia sempre manter um suprimento automático que mantenha os níveis adequados de estoque diário, mas se tenha um mecanismo de pronta informação quando a coisa sai do esperado.

Quem trabalha com procedimentos eletivos, tem uma previsibilidade muito boa de seu consumo, mas quem tem suas portas abertas, precisa estar de olho no histórico de consumo, mas também nas percepções imediatas de surgimento de imprevistos de consumo, que vão gerar imprevistos de custeio, e isto, não pode estar fora do pensamento dos trabalhadores em suas equipes, pois faz parte do processo de assistência, da prática cuidadosa, de fazer o máximo para que tudo dê certo para os nossos usuários, dentro de nossas capacidades que são finitas. Aqui o KanBan, como instrumento de informação de alerta pode ser de grande valor para todos.

Por vezes, o trabalhador de saúde se sente à parte das questões orçamentárias e financeiras, nem pensa se a arrecadação municipal está aumentando ou diminuindo. Normalmente o que se sente é o desejo que tudo o que seja necessário para que se trabalhe bem e cumpra-se a minha missão, esteja disponível. É neste aspecto, que a gestão da clínica precisa incorporar estas questões em suas decisões. A informação gerada pelos sistemas logísticos (informatizados ou não) deve fazer parte das decisões clínicas, das avaliações e revisões de projetos terapêuticos.

Normalmente, na gestão da clínica o problema a ser trabalhado inicialmente não é que falta um insumo, que não se tem vaga para transferência, que a emergência está lotada, mas sim, a resposta e decisões que tomaremos sobre o que faremos com a falta do insumo, como providenciaremos mais altas seguras, como compartilharemos o trabalho com a equipe da emergência para garantir a longitudinalidade necessária do trabalho e do cuidado, como acionaremos da atenção hospitalar e de urgência a Atenção Básica, na busca de responsabilidades compartilhadas e gestão solidária do cotidiano do cuidado. Isto seria uma forma de desfragmentar o cuidado nos hospitais e cultivar um sentido de solidariedade interna que é muito necessária.

Por outro lado, muitas daquelas pessoas que estão nos corredores das emergências precisam de outro tipo de cuidado, tais quais os cuidados previstos na Portaria dos Cuidados Prolongados¹⁶, que na literatura internacional se chama de cuidados intermediários, lugares para que usuários mais vulneráveis sejam acolhidos e preparados para retornarem à sua vida cotidiana e que já não mais precisam de cuidados hospitalares, mas ainda não estão em condições de ir para suas casas. Talvez seja interessante que se produzam momentos de encontro entre equipes de unidades diferentes para a discussão e manejo destes casos mais complexos, criando para além do vínculo necessário entre usuários e cuidadores, vínculos também dos trabalhadores entre si, afetivos inclusive.

Goldwasser¹⁷ após realizar toda uma pesquisa operacional e realizar grupos focais com médicos de emergência e de UTI tentou a partir das falas e de sua discussão modelar organizar algumas dimensões que nos ajudam a pensar nesta questão do paciente crítico, que precisa ou não de cuidados e intensivos. Seu quadro é o seguinte:

16 BRASIL. PRC MS/GM N°3, Anexo III, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. TÍTULO XI Da Organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Art. 149 ao Art. 174) DOU. Suplemento de 03/10/2017, p.192. Disponível em: <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>. Acesso em: 25/02/2021.

17 Goldwasser RS. lb.

FIGURA 2: REPRESENTAÇÃO DOS TEMAS HIERARQUIZADOS. A GESTÃO DA REDE DOS PACIENTES CRÍTICOS ENVOLVE TODAS AS DIMENSÕES: A SOCIAL AMPLA (O DRAMA SOCIAL), O COLETIVO-ORGANIZACIONAL (O FRACASSO NO ACESSO), E O INDIVIDUAL (O CONFLITO MÉDICO). O PACIENTE CRÍTICO ENCONTRA-SE NA PARTE CENTRAL DAS TRÊS DIMENSÕES



Fonte: Elaborada pelo próprio autor/colaborador

Quando olhamos para o usuário em situação crítica, vemos problemas distintos de acordo com o lugar de onde olhamos, porém ao colocarmos os diferentes olhares de forma simultânea podemos puxar uma das pontas soltas do novelo e começarmos a processar de forma mais complexa os problemas que são de verdade muito mais complexos do que imaginamos a partir de um olhar simplista e fragmentado.

Por fim, Olga termina seu produtivo encontro com trabalhadoras que fazem a diferença em sua gestão, mas compreende cada vez mais que o

conceito de complexidade deve ser sempre preservado, pois, a simplificação pode conduzir a soluções muito pontuais que não repercutam sobre a dinâmica dos problemas complexos. É preciso por vezes ir por partes, ponto a ponto, mas este tipo de situação demonstra como é produtivo ampliar os olhares, e, como é que quando na gestão o ponto de vista do outro é válido, já não mais simplesmente tolerável, mas necessário, assim como os trabalhadores são válidos e reconhecidos em seus saberes, conhecimentos e práticas, até os problemas mais complexos ficam convidativos para uma boa prosa, um bom debate e para a construção imediata de um Projeto de Intervenção, um Plano Operativo que produza ali, nas relações entre as pessoas e seus trabalhos e com os seus usuários com seus familiares e amigos as possibilidades de cuidado cada vez melhor das vidas que sofrem.

PARA SABER MAIS:

- » BRASIL. MS/SAS. PNH. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- » BRASIL. Decreto Presidencial 7508 de 28/06/2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 29/06/2011, seção I.
- » BRASIL. MS/SAS /DAB. Acolhimento à demanda espontânea / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, V.)
- » BRASIL MS/SVS/DVSAST. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 44 p.
- » BRASIL. PRC MS/GM Nº3, Anexo III, de 28/09/2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Suplemento de 03/10/2017, p.192.
- » GOLDWASSER, RS. Planejamento da rede de atenção aos pacientes críticos no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2018. 98f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, 2018.
- » ESSINGER, LA. Implantação da ferramenta kanban como indutora da melhora do fluxo dos pacientes em um hospital de emergência. Rio de Janeiro, 2017, 67 p. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2017.
- » MATTOS, CM. Aplicação da ferramenta Kanban no processo de internação de uma unidade hospitalar pediátrica. Niterói, 2016. 108 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial) – Universidade Federal Fluminense, 2016.

