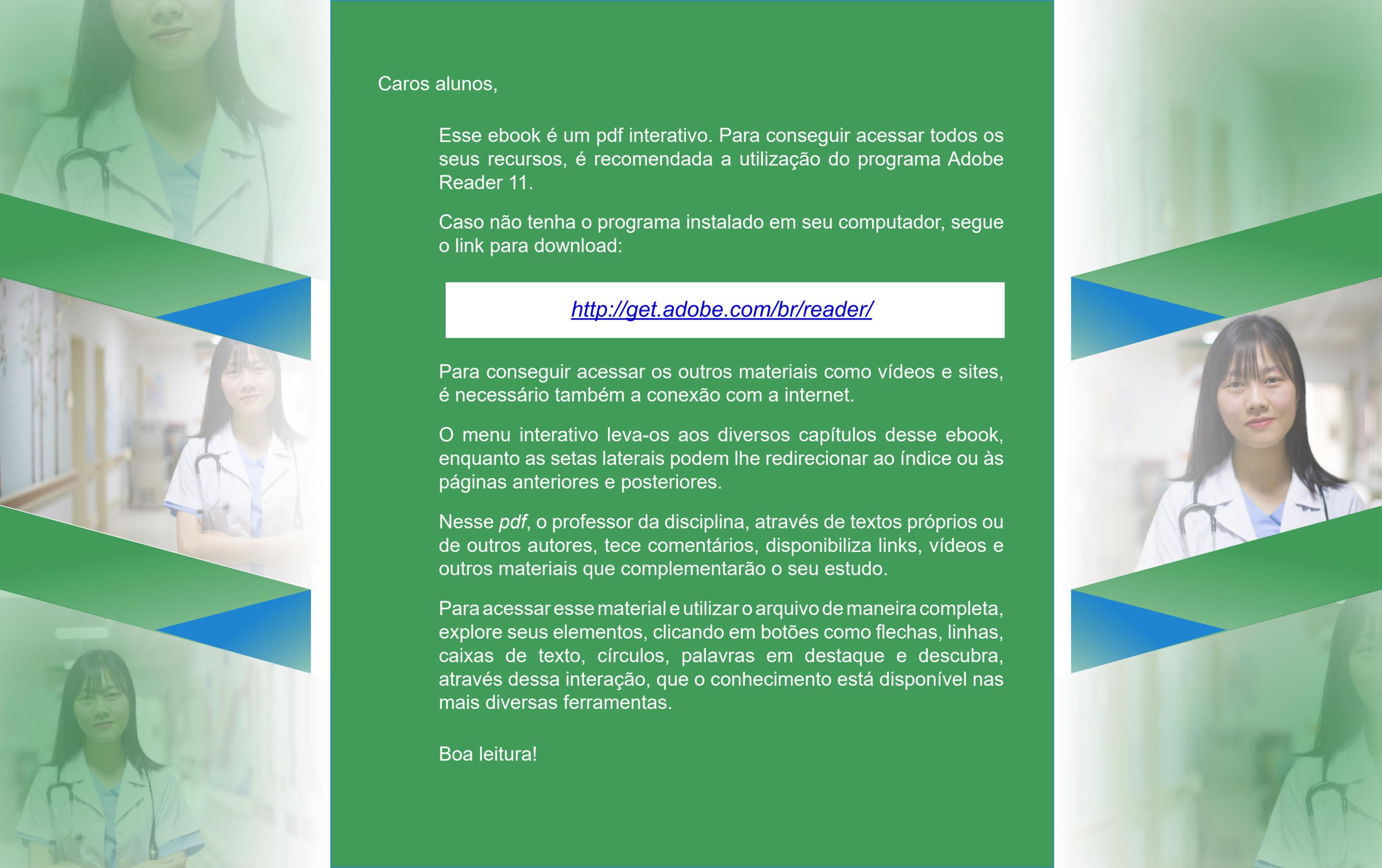




Gestão da Saúde:

**conceitos, fundamentos
e contribuições para
profissionais e gestores**

MAICON HENRIQUE LENTSCK



Caros alunos,

Esse ebook é um pdf interativo. Para conseguir acessar todos os seus recursos, é recomendada a utilização do programa Adobe Reader 11.

Caso não tenha o programa instalado em seu computador, segue o link para download:

<http://get.adobe.com/br/reader/>

Para conseguir acessar os outros materiais como vídeos e sites, é necessário também a conexão com a internet.

O menu interativo leva-os aos diversos capítulos desse ebook, enquanto as setas laterais podem lhe redirecionar ao índice ou às páginas anteriores e posteriores.

Nesse *pdf*, o professor da disciplina, através de textos próprios ou de outros autores, tece comentários, disponibiliza links, vídeos e outros materiais que complementarão o seu estudo.

Para acessar esse material e utilizar o arquivo de maneira completa, explore seus elementos, clicando em botões como flechas, linhas, caixas de texto, círculos, palavras em destaque e descubra, através dessa interação, que o conhecimento está disponível nas mais diversas ferramentas.

Boa leitura!

SUMÁRIO

2.2.1 Plano de Saúde

2.2.3 Relatório de Gestão

2.2.2 Programação Anual de Saúde

2.5.1 Gestão participativa

APRESENTAÇÃO

Prezados,

O *e-book* visa enriquecer os conteúdos desenvolvidos na disciplina Gestão da Saúde, da Especialização Gestão Pública Municipal. É mais um material que embasará os temas na disciplina, utilizado como uma fonte de estudo dinâmico.

O texto que segue, foi realizado seguindo a sequência das unidades desenvolvidas na disciplina. Nele, apresenta-se a evolução do conceito de saúde e a conquista da cobertura universal da saúde com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e o novo modelo de atenção à saúde baseado na Atenção Primária à Saúde (APS). Num segundo momento, aborda-se a estruturação do sistema de saúde no nível municipal, os instrumentos básicos de planejamento do SUS e, por fim outras ferramentas de gestão como a regulação, controle e avaliação, financiamento, participação social e gestão participativa.

Espera-se que o material balize o aprofundamento do conhecimento e ajude a explorar mais e melhor a temática da disciplina.

Boa leitura!



1. Saúde como direito fundamental: conceitos, visões e (re)visões

O conceito de saúde é dinâmico e apresenta-se diferente, sofrendo alterações de acordo com o contexto cultural, social, político e econômico, isso no Brasil e no mundo (SCLIAR, 2007). Tornando-se um conceito subjetivo, o termo saúde pode ser diferente para as organizações, mas também para o indivíduo, pois evidencia a evolução de ideias e experiências humanas (MINAYO, 1988).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), considera que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Esse complexo conceito garante que, para atingi-lo, os indivíduos e grupos consigam identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente, tendo como referência a saúde vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver.

Independentemente da perspectiva, a inegável complexidade da saúde é abordada de formas diferentes ao longo das décadas em que agendas, governos e órgãos internacionais posicionam-se entre perspectivas baseadas na tecnologia médica e uma posição que almeja compreender a saúde como algo social e, portanto, com formas mais complexas de agir (WHO, 2010). Os determinantes da saúde referem-se aos fatores que têm influência significativa, positiva ou negativa, na saúde, entendendo que a saúde é resultado de



vários fatores, como genéticos, biológicos e de estilo de vida de um indivíduo e fatores relacionados à estrutura da sociedade e sua política (CARRAPATO, CORREA, GARCIA, 2017).

Este artigo explora os determinantes da saúde no Brasil, uma pesquisa bibliométrica que discorre sobre os determinantes ambientais, econômicos e sociais. É importante leitura complementar.

Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde



No Brasil, a saúde, a partir de 1988, por conta da Constituição Federal, é entendida como um direito de todos e um dever do Estado que, com políticas sociais e econômicas, reduza o risco de doenças e agravos. Também é garantido o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde a fim de atingir a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).



A partir do final dessa década de 80, aconteceram muitas reformas voltadas para o fortalecimento dos sistemas de saúde na América Latina a fim de reduzir iniquidades no acesso e nos resultados da saúde e a estratégia mais utilizada foi a cobertura universal de saúde. Na maioria dos países, inclusive no Brasil, o financiamento governamental permitiu a introdução de intervenções para expandir benefícios aos cidadãos e aumentar a prestação dos serviços de saúde. (ATUN *et al.*, 2015).



É nesse período que a saúde surge como um direito humano fundamental no Brasil e na América Latina, independentemente da posição social ou capacidade de financiamento individual, em que as reformas dos sistemas de saúde foram moldadas pelos movimentos sociais, liderados pela sociedade civil. Essas reformas promoveram a inclusão, o empoderamento do cidadão e a igualdade na saúde e estabeleceram os direitos legais à saúde e proteção da saúde, utilizando a cobertura universal de saúde (ATUN, *et al.*, 2015).

No desafio contextual que impulsionou as mudanças nos sistemas de saúde latino-americano, destacam-se os contextos:

- Demográfico e epidemiológico: expressão da carga de doenças e a transição demográfica;
- Político: com déficit democrático;
- Econômico: com instabilidade e desigualdades persistentes;
- Social: com emergências sociais e cidadania;

(ATUN, *et al.*, 2015)



Nesse ínterim, os países latino-americanos desenvolveram capacidade nacional e regional para aprender com as experiências nacionais e regionais, refinando as reformas do sistema de saúde a fim de estabelecer abordagens contextuais para a cobertura universal de saúde e melhorar resultados. Para isso, os financiamentos com base em impostos são usados para introduzir direitos explícitos para benefício da saúde (ATUN, *et al.*, 2015).



Muitas mudanças importantes aconteceram na governabilidade dos sistemas de saúde na América Latina, sendo o primeiro a capacidade que poucos países tiveram de organizar um sistema de saúde único, como é o caso do Brasil, mas em vários subsistemas paralelos que tornou a saúde segregada. A segunda área de mudança foi a descentralização das funções do sistema de saúde para os níveis locais, um ponto considerado como ganho para a democratização, outra área não menos importante foi o desenvolvimento de funções regulatórias, como a sanitária, de serviços de saúde e de pessoal, organização de seguros e prestadores de cuidados de saúde, que trouxe melhoria na qualidade da assistência à saúde e a separação das funções de comprador e provedor, mesmo controversa, pois determina um tom de privatização da saúde, mas garantiu contratações de serviços muitas vezes não disponibilizados pelo ente público (ATUN, *et al.*, 2015).



No Brasil, o progresso rumo à cobertura universal da saúde foi alcançado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, que entre sucessos e percalços atingiu acesso quase universal dos serviços de saúde para a população. O entendimento da trajetória de desenvolvimento e expansão do SUS fornece valiosas lições sobre a dimensão da cobertura universal de saúde em um país com tanta desigualdade social e recursos baixos para os serviços de saúde, quando comparado com países de média e alta renda (CASTRO, *et al.*, 2019).



Com mais de 30 anos, o SUS mostra que as inovações vão além do desenvolvimento de modelos de atenção à saúde, pois destaca com veemência a definição clara de papéis para as diversas instâncias de governança nas estruturas políticas, jurídicas, organizacionais e de gestão. Além disso, a expansão do SUS permitiu atender de maneira rápida, mudanças nas necessidades de saúde da população nas diversas categorias, ao aumentar a cobertura, porém em contraponto, existem pontos sensíveis e que carecem de urgentes mudanças, como as desigualdades geográficas persistentes no país, financiamento insuficiente e a baixa articulação entre os setores públicos e privados (CASTRO, *et al.*, 2019).

1.1 Princípios do SUS e o pacto federativo

As três últimas décadas foram marcadas por transformações intensas no sistema de saúde do Brasil, como resultado direto de mudanças no âmbito político-institucional, por um processo de redemocratização iniciado na década de 80 e crise econômico-financeira. A idealização de um sistema de saúde único foi consequência de proposições internacionais com as da Conferência de Alma-Ata (1978) que preconizava “Saúde para Todos no ano 2000” e de proposições de movimentos nacionais em defesa da reforma na saúde, empunhado por representantes das universidades, profissionais de saúde e outros segmentos da sociedade, como centros sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares (EDUARDO, 1998).



Todo esse movimento, denominado Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, propôs a construção de uma nova política de saúde, efetivamente democrática, considerando elementos essenciais para a reforma no setor, como descentralização, universalização e unificação. Alguns programas nas décadas de 70 e 80 davam destaque a esses elementos, alguns tiveram êxito e muitos não, mas foram exemplos para o processo de descentralização da saúde. Nesse resgate histórico da conquista da saúde universal, a 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em março de 1986, foi um marco histórico pois consagrou os princípios preconizados no Movimento da Reforma Sanitária (EDUARDO, 1998).

Ficou curioso para saber mais sobre a Reforma Sanitária?

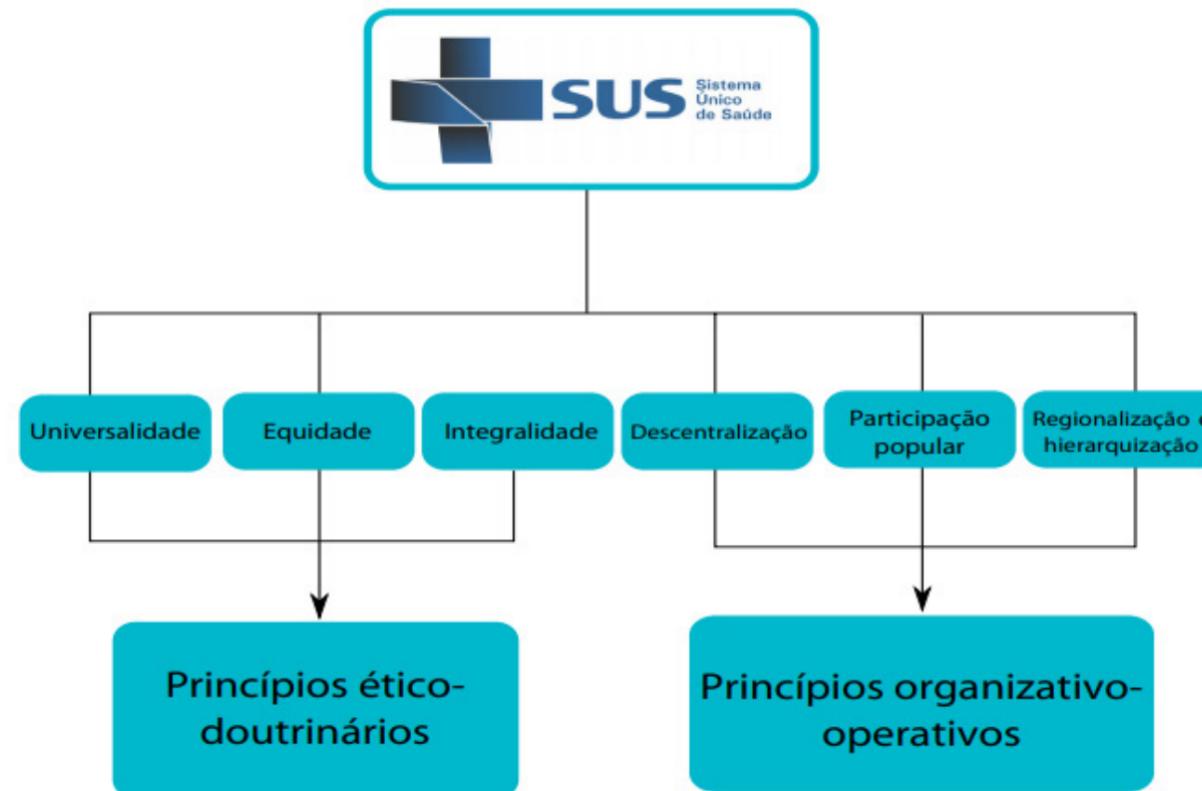
A Reforma Sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões



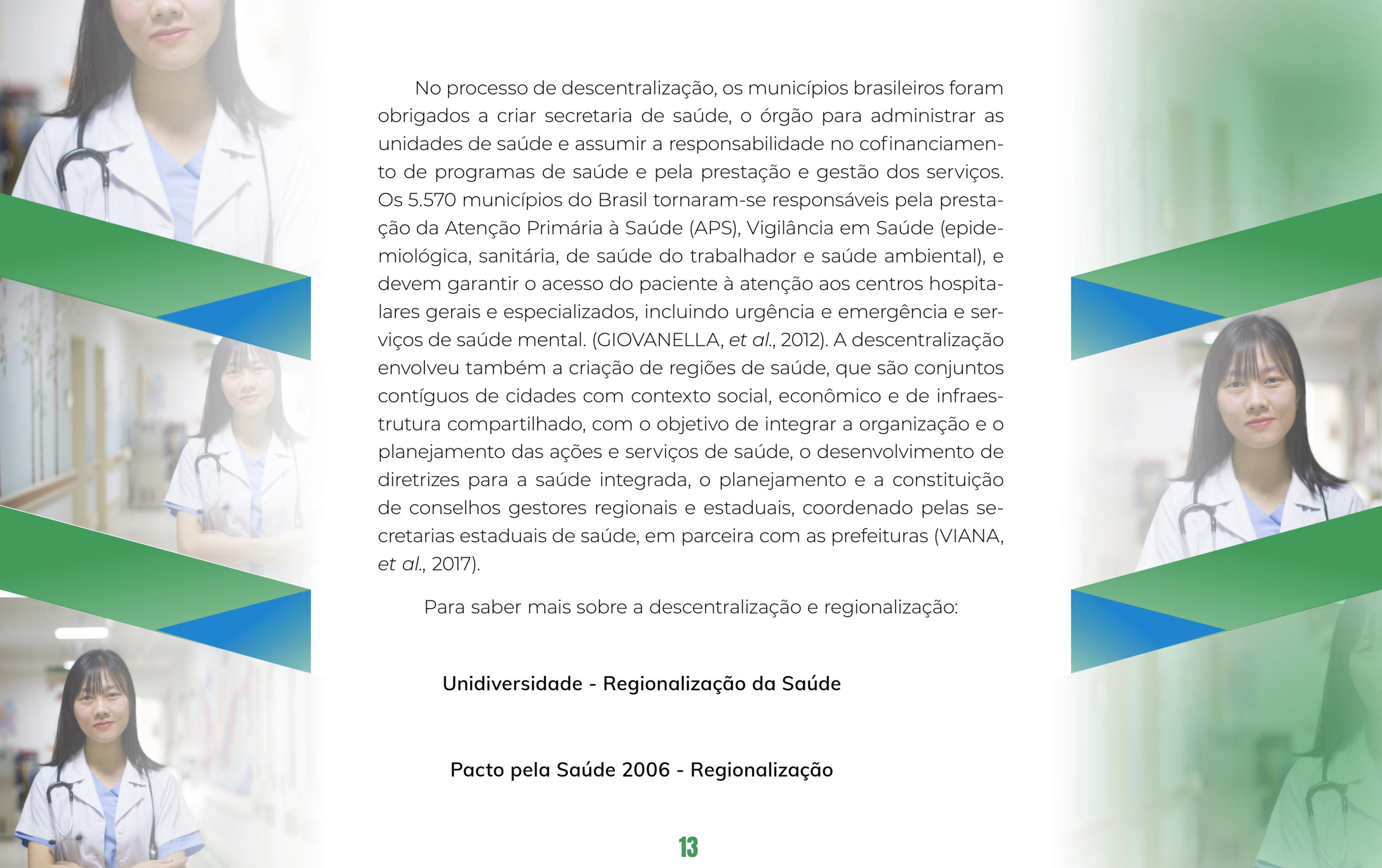
Em 1987 foi implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade dos cuidados, a regionalização dos serviços de saúde e implementação de distritos sanitários, a descentralização das ações de saúde, o desenvolvimento de instituições colegiadas gestoras e o desenvolvimento de uma política de recursos humanos. No ano seguinte, o capítulo dedicado à saúde na nova Constituição, retratou o resultado de todo o processo de duas décadas, criando o SUS e determinando que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (EDUARDO, 1998).

A implantação do SUS teve início após a promulgação das leis 8.080 e 8.142, em 1990, incorporando os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação social, com transferência de responsabilidade e recursos para a assistência à saúde do governo federal para os governos estaduais e municipais, reorientando o poder político e a responsabilidade para os governos locais. A descentralização do poder foi acompanhada pela criação de comissões intergerenciais tripartite e bipartite, com a participação dos governos federal, estadual e municipal na tomada de decisão compartilhada sobre as políticas de saúde, e as conferências e conselhos de saúde como mecanismos de participação social. (CASTRO, *et al.*, 2019).

Imagem 1 – Princípios que compõem o SUS



Fonte: SILVA, Maria Patrícia da. Vigilância em Saúde - Processo Saúde-Doença e Políticas de Saúde, 2011, p. 66.



No processo de descentralização, os municípios brasileiros foram obrigados a criar secretaria de saúde, o órgão para administrar as unidades de saúde e assumir a responsabilidade no cofinanciamento de programas de saúde e pela prestação e gestão dos serviços. Os 5.570 municípios do Brasil tornaram-se responsáveis pela prestação da Atenção Primária à Saúde (APS), Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador e saúde ambiental), e devem garantir o acesso do paciente à atenção aos centros hospitalares gerais e especializados, incluindo urgência e emergência e serviços de saúde mental. (GIOVANELLA, *et al.*, 2012). A descentralização envolveu também a criação de regiões de saúde, que são conjuntos contíguos de cidades com contexto social, econômico e de infraestrutura compartilhado, com o objetivo de integrar a organização e o planejamento das ações e serviços de saúde, o desenvolvimento de diretrizes para a saúde integrada, o planejamento e a constituição de conselhos gestores regionais e estaduais, coordenado pelas secretarias estaduais de saúde, em parceria com as prefeituras (VIANA, *et al.*, 2017).

Para saber mais sobre a descentralização e regionalização:

Unidiversidade - Regionalização da Saúde

Pacto pela Saúde 2006 - Regionalização



A expansão do acesso à cobertura universal à saúde no Brasil coincide com a evolução de um sistema de saúde fragmentado, compreendendo uma organização de financiamento público, nacional, de pagamento único e um sistema de saúde do setor privado que é acessado por aqueles que têm mais alta renda e são pagos por pagamento direto ou seguro privado. (CASTRO, *et al.*, 2019).

Quer uma informação legal? Acesse o site do SUS! Lá você fica sabendo de tudo que acontece, tira dúvidas e consegue acessar links interessantes, como o “SUS de A a Z” e o “SUS 20 Anos”.

Ministério da Saúde - Governo Federal

1.2 Organização da Atenção à Saúde: modelo de atenção à saúde

A implantação do SUS marcou uma mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da rápida expansão de centros de APS e do desenvolvimento de redes de saúde para serviços de saúde mental, pronto-atendimento e serviços ambulatoriais especializados.



Atenção à saúde é tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo ações de promoção, proteção, reabilitação e tratamento às doenças (BRASIL, 2009a).

Modelos assistenciais são as formas e organização tecnológica do processo de prestação dos serviços de saúde (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

No SUS, o cuidado com a saúde é ordenado em níveis de atenção, que são: nível primário, também conhecido como Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica; nível secundário, ou média complexidade; e nível terciário, ou alta complexidade. Essa estruturação do sistema de saúde visa melhorar a programação e planejamento das ações e serviços, sem considerar maior relevância ou destaque, pois a atenção à saúde é integral e, por isso, os municípios não necessitam ter todos os níveis de atenção em seu território para garantir a integralidade do cuidado. No caso dos pequenos municípios, por exemplo, isso é feito por meio da pactuação regional dos serviços de saúde (BRASIL, 2009a). Certamente, a prioridade para todos os municípios é ter a APS em condições plenas e com eficácia, uma vez que ela é direcionadora do cuidado e centro da discussão do modelo de atenção à saúde atual do SUS.



ATENÇÃO BÁSICA

Conjunto de ações de saúde individuais ou coletivas, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Seu desenvolvimento se dá por meio de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, por meio de trabalho em equipe e em um território definido. Utiliza-se de tecnologias complexas e de baixa densidade, para resolver os problemas de saúde de maior frequência da população, adstrita no território. Torna-se o contato preferencial do usuário no sistema de saúde, e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2009a).

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Conjunto de ações e serviços que visam atender problemas de saúde e agravos da população, que demandem de clínica especializada e uso de recursos de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT). Constituem-se como exemplos de procedimentos: a) realizados por profissionais médicos especializados; b) cirurgias ambulatoriais; c) traumatologia ortopédica; d) odontologia especializada; e) patologia clínica; f) anatomopatologia e citopatologia; g) radiodiagnóstico; h) ultrassonografias; i) diagnóstico; j) fisioterapia; k) terapias especializadas; l) próteses e órteses; m) anestesia.

Seu desenvolvimento no sistema de saúde deve seguir uma lógica de organização regionalizada das ações, considerando requisitos como a qualificação e especialização dos profissionais, dados epidemiológicos dos municípios. Correspondência entre prática clínica e capacidade resolutiva de SADT, complexidade e custos de insumos e equipamentos, abrangência, economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações (BRASIL, 2009a).





ATENÇÃO TERCIÁRIA

Conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e custo, com objetivo de proporcionar à população acesso a serviços qualificados, com integração aos demais níveis de atenção.

Atualmente constituem-se como assistência e procedimentos de alta complexidade no SUS: diálise; oncologia; cirurgias cardiovasculares, vasculares e cardiovasculares pediátricas; procedimentos de cardiologia intervencionista e endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; traumatologia; neurocirurgia; otologia; implante coclear; cirurgia de vias aéreas superiores e cervical, de calota craniana, face e sistema estomatognático; lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; transtorno respiratório do sono; queimaduras; obesidade; cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2009a).

Seus procedimentos no SUS estão relacionados em uma tabela, em sua maioria nos sistemas de informação hospitalar e ambulatorial.

Nesse processo de consolidar o SUS, muitos debates destacavam o propósito de racionalizar formas de financiamento e gestão, paralelos às discussões sobre os modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais que permanecem em plena disputa na organização dos serviços de saúde. (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).



Nesse sentido, de maneira dinâmica e constante, repensar a forma de organizar e prestar um serviço de saúde, é uma forma de avaliar e melhorar o sistema de saúde nos diversos âmbitos. Historicamente, em diversas conferências internacionais importantes como Alma-Ata (1978), Ottawa (1986) e Bogotá (1992) e a 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996), apresentaram em documentos as diretrizes que norteiam a elaboração de modelos assistenciais coerentes e atuais para municípios ou estados, diante da disponibilidade de serviços e recursos que traduzam a necessidade apresentada (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

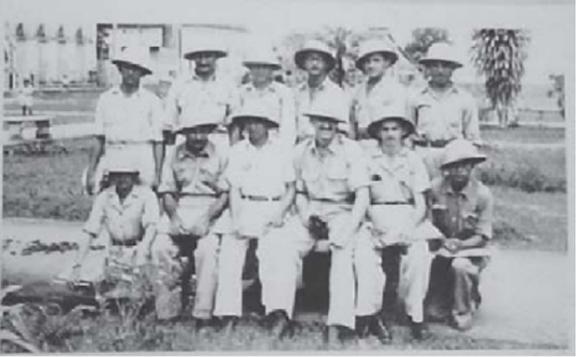


Mesmo sendo alvo de discussões frequentes, os modelos de atenção à saúde fundamentam-se nas necessidades da população, em cada época vivida. De sua concepção emerge conceitos de saúde e doença, novas tecnologias e políticas, com prioridade para problemas atuais e de cada local. No Brasil, muitos modelos de atenção à saúde confundem-se com políticas de saúde e sistemas de saúde implementados.



O Quadro 1 apresenta um resumo dos modelos de atenção hegemônicos, as principais políticas de saúde que formalizavam a implementação, além de exemplos de ações de fontes que trazem informações importantes sobre cada tema. Confira!

Quadro 1 - Exemplos de políticas de saúde e modelos de atenção à saúde

Modelo de Atenção à saúde	Política de Saúde	Exemplo de ação
Sanitarista	Campanhas contra epidemias; ações de guardas sanitários;	 <p>Fonte: Teixeira, 2008.</p>
Médico Hegemônico (Curativista)	Assistência à Saúde nos sistemas anteriores ao SUS, centrado na figura do médico;	 <p>Fonte: Jornal A Crítica - MS, 1992.</p>
Vigilância em Saúde	Estratégia Saúde da Família	 <p>Fonte: EPSJ/Fiocruz, 2020.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.



Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998), apontam que o sistema de saúde brasileiro após a constituição de 1988 construiu um modelo de atenção para responder de maneira eficaz e efetiva às necessidades de saúde da população, uma vez que modelos hegemônicos como o sanitaria e curativista, não respondiam mais à complexidade e diversidade dos problemas de saúde do cidadão brasileiro contemporâneo. Eles são duramente criticados pela maneira de enfrentar os problemas de saúde da população, que foram agravados por mudanças como a urbanização, transição epidemiológica e envelhecimento populacional.



Em contrapartida, o modelo de atenção baseado na Vigilância à Saúde é um eixo para a reorientação e reestruturação do modelo assistencial que o SUS impunha, com a rearticulação de saberes e de práticas sanitárias, indicando um caminho fértil para a consolidação do SUS. Apoiar-se no processo saúde-doença ao mudar o olhar da saúde pública da doença para o modo, estilo ou condições de vida. Dessa maneira, não é somente uma proposta, mas também área de prática que é caracterizada por intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos, adoção do conceito de risco, articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, atuação intersetorial, ação sobre o território e intervenção sob a forma de operações. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).



Como a Vigilância em Saúde pode ser capaz de intervir de maneira coletiva no processo saúde-doença?

Ela produz estratégias político-jurídicas fundadas na clínica e na epidemiologia.

O vídeo a seguir é uma conversa bem didática sobre o que é a Vigilância em Saúde.

Vigilância em Saúde – Ligado em Saúde

RESUMINDO:

Princípios ético-doutrinários:

Universalidade: visa garantir atenção à saúde a todo e qualquer cidadão;

Equidade: trata, de forma diferenciada, os desiguais, oferecendo mais a quem mais necessita, com objetivo de reduzir desigualdades;

Integralidade: considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades;

Princípios organizativo-operativos:

Regionalização e hierarquização: os serviços de saúde organizam-se regionalmente e obedecem a uma hierarquia;

Descentralização ou municipalização: a Constituição Federal determina: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo”;

Participação popular: participação da comunidade por meio de conselhos e das conferências.

1.3 Organização da Atenção à Saúde: cuidado primário e a Estratégia Saúde da Família

O acesso e a qualidade dos cuidados prestados pela Atenção Primária à Saúde (APS) é um elemento-chave para os sistemas de saúde universais como o SUS.

A APS, entendida no Brasil como atenção básica, tem bases históricas internacionais nas discussões das iniquidades sociais e de saúde. No sistema de saúde é a porta de entrada para as necessidades e problemas do indivíduo e da comunidade. (STARFIELD, 2002), fornecidas por meio de equipes de saúde em cada município e coordenada administrativamente por unidades geográficas maiores com a finalidade de garantir a gestão do sistema de saúde (LENTSCK; MATHIAS, 2015).

Contrapondo-se ao modelo hospitalocêntrico, a APS estabelece a ambiciosa meta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de melhorar indicadores de saúde da população, redução da morbimortalidade e o consumo racional de tecnologia biomédica conferindo maior eficiência de gastos no setor (STARFIELD, 2002). Em função disso, é elemento fundamental de reformas sanitárias para todos que fundamentam os sistemas de saúde nos princípios da universalidade, equidade, participação comunitária, integralidade, continuidade da atenção, difundindo ideais de promoção, proteção e recuperação da saúde em ações individuais e coletivas, atendendo à pessoa e não a enfermidade (STARFIELD, 2002).



Além de fundamentar o SUS, a APS direciona para a principal política pública de saúde vigente há quase três décadas, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Proposta pelo MS, a ESF é responsável por ampliar e melhorar o acesso e a qualidade da atenção primária em todo o país. Além disso, objetiva reorganizar a prática assistencial da APS, substituindo o modelo tradicional centrado na figura do médico, na cura e no hospital (FERNANDES *et al.*, 2009).



Com o surgimento da ESF e, conseqüentemente, implementação de um novo modelo assistencial da APS no Brasil, as práticas de cuidado em saúde ampliam as ações, não restringindo somente ao indivíduo, mas à coletividade como um todo. A equipe de saúde dentro da ESF organiza e supervisiona o processo de trabalho e presta cuidado aos usuários da APS. A população idosa é mais numerosa nos serviços de saúde, contudo, o cuidado é universal e integral a todos os componentes da família (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012; PASSOS, 2011).



No Paraná, a Estratégia Saúde da Família (ESF) aumentou a cobertura populacional de 22,4% em 2000 para 55,7% em 2011, para 79,3% em julho de 2020. O impacto dessa política de saúde no Brasil foi associado às menores taxas de internação por CSAP, em regiões com maiores coberturas da ESF (MACINKO *et al.*, 2011) e apesar de estar presente na maioria dos municípios, apresenta ainda dificuldades em estabelecer padrões mais acelerados de expansão. (LENTSCK; MATHIAS, 2015).



A implementação da ESF no Estado do Paraná apresenta comportamento semelhante ao do país, com maior adesão dos municípios de pequeno porte, devido ao incentivo financeiro no início da estratégia e posteriormente nos municípios de grande porte, principalmente a partir de 2003, por meio do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) e devido à regulamentação financeira específica (CONILL, 2008). Além disso, outras dificuldades, como as diferenças socioeconômico das regiões do Estado e entraves no acesso e práticas de saúde não comprometidas são consideradas.



A expansão da ESF transformou o país em um dos maiores sistemas de saúde baseado nos cuidados primários à saúde e, por sua extensão continental, é necessário um olhar mais direcionado para as diferenças loco-regionais para garantir uma expansão equânime e de qualidade. (LENTSCK, MATHIAS, 2015). A expansão da ESF, no Paraná, apresenta heterogeneidade nas regionais de saúde, com características e forma diferentes de organizar os serviços da APS. (LENTSCK, MATHIAS, 2015).



Considera-se que mesmo os dados da cobertura da ESF, referentes às competências financeiras sendo atualizados mensalmente, a qualidade está condicionada à eficácia dos processos de coleta, processamento, análise e transmissão correta do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Além disso, fatos como a não



alimentação do sistema de informação e a gestão das equipes de saúde da família, que apresentam alta rotatividade dos profissionais de saúde, além de comprometer a qualidade das informações, inviabiliza uma atenção integral. (LENTSCK, MATHIAS, 2015).

A APS fundamenta-se nos princípios da universalidade, equidade, participação comunitária, integralidade, continuidade da atenção, difundindo ideais de promoção, proteção e recuperação da saúde em ações individuais e coletivas, atendendo a pessoa e não sua enfermidade. (STARFIELD, 2002). O desenvolvimento as ações não é tarefa fácil de ser cumprida e a eficácia da ESF, enquanto política de saúde principal no sistema de saúde brasileiro, tem papel destacado.

A ESF estabeleceu um número de funcionários para as equipes, incluindo um clínico geral, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que fornecem serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, gestão de doenças crônicas e serviços materno-infantis. As equipes de saúde da família são o núcleo da APS do SUS com grande expansão nos anos subsequentes. (CASTRO *et al.*, 2019).



1.4 Organização da Atenção à Saúde: Outros serviços de saúde

Além da APS, o SUS oferece serviços hospitalares abrangentes, incluindo tratamentos considerados complexos. Em 2006, os leitos hospitalares no SUS representavam 76,1% de todos os leitos no país, diminuiu para 69,3% em 2017, mas os hospitais no SUS enfrentam desafios na sua organização, como a falta de autonomia, sistemas de financiamento e pagamento ineficientes, uso de recursos ineficientes, variação na qualidade do atendimento, falta de integração nas redes de atenção à saúde e gestão desqualificada. (CASTRO *et al.*, 2019).

Outras mudanças na atenção à saúde pelo SUS incluem o desenvolvimento de centros de referência especializados e redes de atenção à saúde, que compreendem a articulação organizada dos locais de atenção à saúde, independentemente do nível. Por exemplo, houve uma reformulação na política de saúde mental, chamada de reforma psiquiátrica, que incluiu inovações pioneiras em serviços de saúde mental com a criação de Centros de Apoio Psicossocial (CAPs). Já em relação à Urgência e Emergência, uma rede de serviços foi estabelecida reunindo serviços de ambulâncias, coordenadores de resposta a emergências que monitoram a ocupação do hospital e serviços de emergência pré-hospitalar. (CASTRO *et al.*, 2019).



Apesar de avanços, o acesso ao atendimento especializado é considerado o grande gargalo para o sistema de saúde brasileiro, resultando em demanda não atendida, filas, longos tempos de espera e atraso em diagnósticos. Outrossim, problemas já identificados como a demanda induzida pelo fornecedor, uso excessivo de serviços de apoio diagnóstico terapêutico exacerbam a situação (SOLLA; CHIORO, 2012). Em resposta à essa problemática, os setores público e privado desenvolvem redes integradas de APS, atenção secundária e terciária, além da introdução de terceirização e estabelecimento de parcerias público-privadas, na qual o financiamento e as instalações são pagos pelo público e a administração e o pessoal são do setor privado. (LA FORGUA, COUTTOLENC, 2008).



Outros destaques são as iniciativas implementadas no SUS para regulamentar os produtos para a saúde e melhorar a disponibilidade e acesso, como a política de medicamentos genéricos, lista de medicamentos essenciais e promoção da produção local de produtos estratégicos para a saúde. Outro programa com destaque positivo, é o Programa Nacional de Imunização (PNI) ampliado para fornecer 19 vacinas para 20 doenças e responde, atualmente, à cerca de 95% de todas as doses dadas à população. Esses dois exemplos são apontados como eficazes para reduzir hospitalizações e mortalidade evitável. Contudo, os medicamentos ainda são uma sobrecarga no orçamento familiar. (CASTRO *et al.*, 2019).



O problema do acesso especializado e a sobrecarga no orçamento familiar, gerou um movimento de judicialização dos cuidados de saúde, que invoca o direito constitucional à saúde, sendo um mecanismo que obriga o Estado a fornecer produtos e serviços de saúde que não estão acessíveis à população, como insumos e medicamentos de alto custo não cobertos pelo SUS (CASTRO *et al.*, 2019).

Sugestão de leitura

O SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo

2. A estruturação dos Sistemas de Saúde: nível municipal

A descentralização das ações do SUS, com foco no ente municipal, acompanhada de uma abertura para o controle social, assim como uma organização com sistema de informação em que o Estado exerça seu papel regulatório é o caminho para a superação dos desafios e causas que colocam o SUS na berlinda. (EDUARDO, 1998).

É imperativo para o aumento da eficiência do sistema e geração de equidade o desenho de estratégias para a superação de desafios voltado para novos modelos de gerenciamento do setor saúde, que cria espaços para uma gerência comprometida. Assim há que repensar a figura do gerente de saúde adequado para essa nova realidade e qual deve ser sua formação. Então projeta-se um profissional que domine uma ampla gama de conhecimentos e habilidades das áreas de saúde e administração, que obtenha uma visão generalizada do contexto em que se inserem, além de um destaque para forte comprometimento social. (EDUARDO, 1998).

Quanto às organizações de saúde, sob essa lógica, devem adaptar-se a um mercado competitivo e às necessidades de um país em constante transformação. Por isso, emerge a dinâmica de aprendizagem e inovação, sob o jugo de adequar-se às mudanças e, com isso procurar por conhecimentos e habilidades necessários e a melhor forma de transmiti-los para formar um novo perfil de gestor da saúde, cada vez mais ajustado à realidade atual e preparado para acompanhar as transformações futuras (EDUARDO, 1998).



A OMS afirma que a cobertura universal de saúde não proporciona benefícios de saúde previstos na ausência de boa governança. A ideia é resumida “[...] a combinação de fatores políticos, sociais, econômicos e institucionais que afetam o comportamento de organizações e indivíduos e que influenciam seu desempenho.” e inclui as “[...] funções relacionadas com a direção e formulação de regras realizadas pelos governos.” (WHO, 2016).



O Brasil oferece uma experiência importante para examinar o papel da governança de saúde local na cobertura universal de saúde e nos resultados de saúde. No entanto, o tamanho do país exigiu uma grande descentralização, o que implicou na devolução de poder para a administração e gestão governamental, inclusive para o sistema de saúde, para mais de cinco mil municípios, que variam muito quanto ao tamanho, população e riqueza, e sem surpresas, há também variação considerável na governança de saúde dos municípios, em termos de capacidade administrativa, liderança e vontade política (HONE, *et al.*, 2017).



Em sistemas de saúde descentralizados como o do Brasil, há potencial para fragmentação da política nacional, manipulação política local, iniquidades e ineficiências e alocação inadequada de recursos. Tudo isso contribui para uma governança fraca para a saúde (HONE, *et al.*, 2017).



Estudo que investigou a expansão da ESF como impacto na redução da mortalidade evitável nos municípios brasileiros, identificou que a associação entre esses indicadores observados variou de acordo com o nível de governança de saúde municipal, sendo que a mortalidade evitável foi de 11% nos municípios com governança alta e 4,3% com pontuações mais baixas. Esses resultados sugerem que o fortalecimento da governança de saúde, no nível municipal, é vital para melhorar a eficácia dos serviços de saúde em sistemas de saúde descentralizados. (HONE, *et al.*, 2017).

O Brasil fez bons progressos para alcançar a cobertura universal com melhorias na saúde da população, mesmo persistindo escassez de financiamento público, alocação de recursos abaixo do ideal e deficiências na prestação de cuidados de saúde. Contudo, uma combinação de fatores contemporâneos como recessão econômica, crise política, política de austeridades mal concebidas e decisões políticas visando reverter o direito à saúde limitam o crescimento de gastos públicos e estão ameaçando a sustentabilidade do SUS e dos resultados positivos que ele conquistou nessas três décadas.

2.1 Planejamento municipal em saúde

No mesmo sentido da descentralização das ações de saúde, a nova forma de gestão pública é caracterizada pela flexibilidade, proporcionando maior autonomia, criatividade e ousadia para soluções. O planejamento no setor saúde assume importância ao conferir direcionalidade ao processo de consolidação do SUS. (BRASIL, 2009c).



O planejamento em saúde é um processo contínuo e dinâmico, determinado por um conjunto de ações intencionais, de maneira integrada, coordenada e orientada que tornam em realidade um objetivo, possibilitando que as decisões sejam tomadas de maneira antecipada. Além disso, as ações devem estar orientadas para metas plausíveis e coerentes com os recursos disponíveis. (BRASIL, 2009b). O processo de planejamento permite identificar os problemas ou desafios estratégicos e desenhar programas ou linhas prioritárias de ações, intervindo preferencialmente nas causas dos problemas. (BRASIL, 2011).



Há que identificar os responsáveis pela execução e os prazos para a realização e cumprimento definidos. Os mecanismos de monitoramento e avaliação periódicos também são estabelecidos, bem como os indicadores que permitem medir os resultados alcançados. O planejamento estratégico de instituições compara-se a um conjunto de micropolíticas e, exatamente por isso, funciona como uma onda de tomadas de decisão que, ao final de sua implementação, melhora as condições de uma dada sociedade. (BRASIL, 2011).



Esse instrumento de gestão, norteia-se de forma ascendente, articulando e integrando os níveis de gestão federal, estadual e municipal. Nesse processo vários instrumentos estão disponíveis no planejamento, como Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PPI), Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão, Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS).



Os desafios atuais do SUS no estágio alcançado, exigem um posicionamento em relação ao processo de planejamento, proporcionando maior potência ao sistema de saúde. Nesse intuito, foi criado o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS), que estabelece instrumentos básicos que são expressão concreta do sistema. O funcionamento do Sistema de Planejamento do SUS tem por base a formulação e/ou revisão periódica dos seguintes instrumentos: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão.



Todo o processo de planejamento do SUS e seus instrumentos, são objeto de grande arcabouço legal, que indica processos e métodos para sua formulação e requisitos para financiamento, como a Lei nº 8.080; Lei nº 8.142; Pacto pela Saúde e muitas portarias complementares.

Quer saber mais sobre essas bases legais?

Caderno de Planejamento – Volume 2



2.2 Instrumentos básicos de planejamento do SUS



Como já foi apresentado anteriormente, o Sistema Único de Saúde é constituído por três esferas de governo: União, Estados e Municípios. A responsabilidade pelas ações e serviços de saúde que são prestadas à população é compartilhada pelos gestores de saúde federal, estadual e municipal.



Neste sentido, a determinação das responsabilidades de cada gestor nasce em um processo de negociação: a pactuação de caráter nacional é realizada na Comissão Intergestores Tripartite, que envolve as três esferas de governo e a pactuação de caráter estadual, que é realizada na Comissão Integestores Bipartite, envolvendo o estado e o conjunto dos municípios.

As responsabilidades sobre as ações e serviços de cada esfera de governo são descritas e consolidadas nos documentos denominados Instrumentos de Planejamento do SUS.

2.2.1 Plano de Saúde



Este instrumento é mecanismo relevante para assegurar o princípio da unicidade do SUS e da participação social. Apesar disso, existe a dificuldade de se direcionar um modelo único, aplicável a todas as instâncias do SUS, pois as peculiaridades de cada realidade de um país tão diferente e suas necessidades próprias devem ser contempladas. É uma de suas premissas para sua construção, a reflexão das realidades distintas (BRASIL, 2009c).



Entender o conceito é preponderante, conforme aponta a Portaria nº 3.332/06, instrumento realizado a partir de análise da situação local que apresenta intenções e possíveis resultados em saúde, a serem perseguidos no período de quatro anos. É expresso em objetivos, diretrizes e metas. (BRASIL, 2009c).



O Plano de Saúde expressa as políticas e compromissos da saúde na esfera detalhada, tornando a base para a execução, monitoramento, avaliação e gestão do sistema de saúde local.

Ficou Curioso?

Plano Estadual de Saúde do Estado do Paraná

No processo de formulação de um Plano de Saúde, são consideradas algumas linhas norteadoras e gerais (BRASIL, 2009c):

- Formalização da construção do Plano ou proposta de construção ao Conselho de Saúde, com os processos básicos das adaptações julgadas importantes;
- Análise prévia de documentos indispensáveis: PPA, relatórios de Conferências de Saúde, relatório de avaliação vigente, relatórios anuais de gestão;
- Formulação de proposta básica com reformulações, com ressalvas para discussões, correções, ampliações e aperfeiçoamentos;
- Promoção de reuniões com o Conselho de Saúde e eventos com a comunidade e setores que têm impacto sobre a saúde;
- Construção de versão preliminar;
- Análise e aprovação por áreas técnicas e pelo gestor de saúde;
- Submissão formal para o Conselho de Saúde;
- Após aprovação, publicação em ato oficial.

2.2.2 Programação Anual de Saúde

Este instrumento tem o propósito de operacionalizar as ações, recursos e outros elementos que determinam a sua implementação, a partir dos objetivos, diretrizes e metas do Plano de Saúde. (BRASIL, 2009c). Nele são identificadas as áreas responsáveis e parcerias para execução das ações, que representam o alcance dos objetivos.

A Programação Anual de Saúde, é o conjunto de iniciativas a serem implementadas anualmente, por meio de programação detalhada, sistematizada e segundo sua estrutura básica. Seus resultados compõem o Relatório Anual de Gestão. (BRASIL, 2009c).

Programação Anual de Gestão do Estado do Paraná em 2021

Além de orientar a reformulação do plano de saúde, a programação anual de saúde também orienta a formulação da Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.



2.2.3 Relatório de Gestão

Instrumento da gestão que apresenta os resultados alcançados na execução das ações detalhadas na Programação Anual de Saúde. Ao final da vigência do plano de saúde é realizada avaliação, para identificar a efetividade dos resultados, subsidiando a formulação de um novo plano, com devidas correções e ressalvas, inserção de novos desafios e inovações. Por isso o Relatório de Gestão é um documento privilegiado. (BRASIL, 2009c).

Relatórios Anuais de Gestão do Estado do Paraná

A partir da formulação do relatório de gestão, segue-se a apuração dos resultados, a partir das ações e metas estipuladas na programação, além da análise do impacto dessas ações na situação de saúde local. Alia-se à formulação de recomendações necessárias e propostas de ajustes para a Programação e para o Plano de Saúde. (BRASIL, 2009c).



2.3 Regulação, Controle e Avaliação

A regulação é amplamente utilizada na administração pública, ciências sociais e economia. Na área da saúde, refere-se aos macro-processos de regulamentação, além de definir processos na formação e direcionamento da assistência propriamente dita (SANTOS; MERHY, 2006). É um ato que compõe o campo da prestação dos serviços em saúde, por todos os atores envolvidos no processo.

A regulação em saúde controla o cumprimento das leis para proteção das pessoas e comunidades e a qualidade dos serviços. Tem caráter de proteção da população, ao impedir fraudes e garantir padrões mínimos de qualidades dos serviços de saúde (CRIVEN, 2007 *apud* VILARINS, SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012), direcionando a atividade para o bem público. Ela abrange ações de regulamentação, contratualização, regulação do acesso, controle, auditoria e avaliação da produção dos serviços de saúde (PARANÁ, 2020).

A gestão da regulação em saúde tem o papel de indutor da política de regulação, ao elaborar atos normativos, organizar e coordenar fluxos de acesso nos diferentes níveis de complexidade, sob a tutela da regionalização, considerando referência e contrarreferência, protocolos de acesso e a programação dos serviços (PARANÁ, 2020).



A Política Nacional de Regulação em Saúde está organizada em três formas de atuação (PARANÁ, 2020):

1. Regulação de Sistemas de Saúde – define diretrizes para a regulamentação da atenção;
2. Regulação da Atenção à Saúde – garante a adequada prestação de serviços à população por meio de contratação dos serviços de saúde, controle e avaliação;
3. Regulação do Acesso à Assistência – organiza e gerencia fluxo assistenciais no SUS.



Já o monitoramento e avaliação objetivam a verificação quantitativa dos resultados das ações contempladas na Programação Anual. É uma ação permanente com vistas a manter o controle na execução do Plano de Saúde. Para tanto não foca apenas nos resultados em um determinado momento, é atividade contínua, própria e primordial para a função gerencial, por meio de diversas formas, mecanismos e procedimentos. (BRASIL, 2009c).



A avaliação envolve análise sobre os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, e as iniciativas ou medidas a serem desenvolvidas para sua superação. Desta forma o monitoramento e avaliação compreendem algumas etapas (BRASIL, 2009c):

1. Verificação do cumprimento das metas, utilizando os indicadores e os meios de verificação de realização das ações.
2. Identificação dos resultados e das dificuldades encontradas durante a realização das ações.
3. Reprogramação das ações, com a definição de estratégias e atividades que permitam superar as dificuldades, obstáculos para o cumprimento da Programação Anual.



Também é necessário o monitoramento dos aspectos físicos e financeiros realizados por parte das esferas estaduais e federal, com vistas a subsidiar o planejamento integrado entre as esferas de gestão e os processos de avaliação e prestação de contas governamentais.



Outro ponto importante para o processo avaliativo é a disponibilidade e utilização correta de informações. Para tanto, o Brasil dispõe de amplas e importantes bases de dados e sistemas de informação em saúde, disponíveis eletronicamente que fornecem subsídios com informações rápidas e dinâmicas que auxiliam na avaliação do Plano de Saúde. (BRASIL, 2009c).



A avaliação em saúde, contempla uma análise geral do desenvolvimento do Plano de Saúde, com apontamentos dos avanços e obstáculos que dificultam o trabalho, além de novas iniciativas ou medidas de ajustes. (BRASIL, 2009c).

Os resultados produzidos pela avaliação voltam-se para gestores e técnicos e para a população. Os Conselhos de Saúde são fórum privilegiado para sua discussão. (BRASIL, 2009c).

O processo avaliativo é desenvolvido a partir de indicadores selecionados que contemplem as questões relacionadas à execução do Plano de Saúde, como as seguintes:

- Mudanças no cenário político, econômico, social e institucional;
- Impacto do desenvolvimento das ações sobre as condições de saúde da população;
- Alterações no acesso a serviços e ações de saúde;
- Ajuste de processos e instrumentos de gestão;
- Execução físico-financeira do orçamento e das ações;
- Manifestação dos recursos financeiros aplicados na saúde.

2.4 Financiamento municipal em saúde

Entender a complexidade do financiamento da saúde é valioso para o planejamento do sistema de saúde. A criação e manutenção de sistemas robustos de financiamento orientam para ampliação e adequação da cobertura universal de saúde. (PARANÁ, 2020). Existem aspectos importantes relacionados aos fluxos dos recursos e estabelecimento das regras de suas vinculações.

A Constituição Federal de 1988 determina que o financiamento do SUS é realizado em conjunto entre as três esferas de governo – federal, estadual e municipal, para gerar um conjunto de receitas que custeiem as despesas com ações e serviços de saúde públicos. (PARANÁ, 2020). A regulamentação do financiamento em saúde acontece pelas Leis Orgânicas da Saúde, sendo que a Lei nº 8.080 define os planos municipais de saúde como instrumentos do planejamento para implementação das iniciativas em saúde e a Lei nº 8.142, ambas de 1990, que trata dos condicionantes para os repasses dos recursos federais e a participação da sociedade na gestão do sistema de saúde (CNM, 2018).

Outro marco importante para o financiamento da saúde foi a Emenda Constitucional 29/2000, que ratificou a vinculação dos recursos financeiros e definiu percentuais mínimos de investimento, sendo de 12% para Estados e 15% para municípios, sem uma porcentagem mínima para o ente federal, devendo este aplicar o valor em-



penhado para o exercício financeiro do ano anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação do PIB do ano anterior à Lei Orçamentária Anual (CNM, 2018). Posteriormente, a lei complementar de 2012 (nº 141), cria uma metodologia para a distribuição dos recursos da saúde para os entes federados, definindo os valores para o cumprimento da porcentagem mínima dos gastos com saúde e as despesas que não podem ser declaradas, em um sistema de informação, agora obrigatório, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).



Em 2015, a Emenda Constitucional 86 trouxe perdas para o financiamento adequado para o SUS. Mesmo definindo o percentual mínimo para o ente federal (15%), a emenda estabeleceu um escalamento ao longo de 5 anos, porém no ano de 2016 o valor aplicado pela União foi inferior a 2015. Não bastasse, em 2016 outra Emenda Constitucional (nº 95) congelou as despesas do governo federal pelo período de 20 anos, com correção pela inflação do ano anterior, portanto os recursos da saúde não apresentam mais um ajuste pela Receita Corrente Líquida (RCL) (PARANÁ, 2020. CNM, 2018). Na prática, a implementação da Emenda 95 representa perda de orçamento do governo federal para a saúde.



Em 2017, outra mudança ocorre com a publicação da Portaria nº 3.992 do Ministério da Saúde que altera as normas sobre financiamento e transferência dos recursos federais para as ações e serviços públicos de saúde do SUS, estabelecendo que, a partir de 2018,



os recursos são organizados em blocos de financiamento o de custeio das ações e serviços públicos de saúde e o de investimentos na Rede de Serviços Públicos de Saúde (CNM, 2018).

Este pequeno vídeo apresenta de maneira rápida a Portaria nº 3.992/17

Novos Blocos de financiamento da Saúde

Qual o impacto do novo modelo de financiamento do SUS? Assista o Programa Bate Papo da Saúde que aborda o tema

Novo modelo de financiamento para o SUS - Bate papo na saúde - Canal Saúde

Até sua implementação, os recursos destinados ao custeio das ações e serviços públicos de saúde eram transferidos aos estados e municípios por meio de cinco blocos (Bloco da Atenção Básica, Bloco da Média e Alta Complexidade, Bloco da Vigilância em Saúde, Bloco da Assistência Farmacêutica, Bloco de Gestão), além do Bloco de Investimento, que geravam centenas de rotulações (contas correntes), tornando o fluxo financeiro vinculado ao fluxo orçamentário e com comprometimento direto na autonomia da gestão financeira de estados e municípios. (PEREIRA, *et al.*, 2019).



A nova portaria distingue, de forma inequívoca, o fluxo orçamentário do fluxo financeiro, pois o orçamento público, previsto na lei orçamentária anual, é um instrumento de gestão que demonstra a intenção das execuções das ações ao longo do exercício, que reflete no descritivo do relatório anual de gestão, apreciado e aprovado pelo Conselho de Saúde. Qualquer mudança na destinação de recursos deve ser devidamente autorizada pelo legislativo. O descumprimento do previsto na legislação orçamentária e financeira, por meio de desvio de finalidade na aplicação de recursos implica em improbidade administrativa (PEREIRA, *et al.*, 2019). Tal mudança é positiva devido à flexibilização no fluxo financeiro da gestão pública da saúde, gerando posições positivas e negativas, conforme apontam Pereira *et al.* (2019) em artigo que analisa a implementação da portaria.

Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde

Na vigência da emenda 95, o já subfinanciamento do SUS, passa a desfinanciamento, demonstrando forte expressão de um Estado sob a dominância do capital financeiro e, portanto, é uma medida sem precedentes sobre o efeito direto no bem estar da população e com prejuízos das condições sociais e de saúde. Quanto à Portaria nº 3.992/17, apesar do discurso de contribuir para a superação da garantia de maior autonomia, como consequência natural para



ambas, surge o desafio de dar ênfase aos processos de elaboração, monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão, do planejamento e orçamento no SUS. (PEREIRA *et al.*, 2019).

Nesse sentido, é pertinente resgatar nesse tema, que o SUS é um sistema de saúde baseado na APS para a cobertura universal de saúde, portanto o modelo de financiamento deve ser condizente com sua expressão conceitual ampliado sobre o processo saúde-doença. Dessa maneira, esse modelo é o orientador do processo de financiamento e subfinanciar o SUS é desestruturar a APS e, conseqüentemente, o modelo de atenção à saúde proposto por ela.

2.5 Participação e controle social



Os movimentos sociais que ocorreram na década de 80 visavam a instituição da saúde como direito para a população brasileira, com um Estado democrático às ações e serviços de saúde e impulsionaram a mudança do modelo vigente de controle social, que culminou com a instituição do SUS a partir da nova Carta Magna.

A Constituição impôs ao estado a responsabilidade de fornecer assistência à saúde para todos, abrindo caminho para o SUS, dando início à jornada para a cobertura universal de saúde, melhorando os resultados de saúde e desigualdades de acesso aos cuidados de saúde. Mesmo antes da criação do SUS e de fundamentar-se como um de seus princípios, a participação social apresentava uma dimensão histórica relevante e essencial.



Entende-se que a participação social é uma das maneiras de se efetivar a democracia, pois ela inclui novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes diretos nos debates, formulações, e fiscalizações das ações e políticas de saúde pública, tornando o processo mais legítimo e transparente. No SUS, ela está relacionada ao maior realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade, mas de maneira geral, relaciona-se com grau de consciência política e organização da sociedade civil. Sob essa lógica o SUS e quem o define, deve ser capaz de identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres e não como um mero receptor passivo de benefícios. (BRASIL, 2009a).



A participação social no SUS acontece, por meio de canais institucionalizados, sendo previsto em leis e normas do SUS, como na Lei nº 8.142/90 que é o marco legal para efetivação do controle social na saúde, por meio de espaços como as Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Conselhos Gestores de Serviços ou por meio de reuniões de grupos por área afim. Não obstante, no SUS a participação social acontece nos órgãos internos, como nos processos participativos em mesas de negociação trabalhista, direção colegiada e outras (BRASIL, 2009a). O controle social abrange práticas de fiscalização e de participação nas deliberações das políticas e de gestão do SUS. O SUS garante aos estados e municípios autonomia para administrar os recursos, desde que cada esfera de gestão tenha o Conselho de Saúde funcionando. (BRASIL, 2009a).



Conferências de Saúde

Espaços institucionalizados, destinados a analisar avanços e retrocessos do SUS. Servem para propor diretrizes para novas políticas de saúde. Tornam-se primordiais para o exercício do controle social, ao estabelecer a atuação dos Conselhos de Saúde. É um local de exposição de decisões sobre políticas públicas de saúde elaboradas ou discutidas nos conselhos. As conferências nacionais têm um ordenamento descentralizado, iniciando com as conferências municipais de saúde e acontecem a cada 4 anos, com representações de diversos segmentos da sociedade (BRASIL, 2009a).

Conselhos de Saúde

Órgãos colegiados permanentes e deliberativos do SUS em cada esfera governamental. Integram a estrutura básica do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde dos estados e municípios e sua composição, competência e organização é delineada na Lei nº 8.142/90. Sua atuação se dá na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução de políticas de saúde em todos os seus aspectos. Suas decisões são homologadas pelo chefe de cada esfera governamental e as regras para sua composição e incluem representações do governo, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e usuários. A representação dos usuários é de 50%, de trabalhadores de 25% e gestores e prestadores de 25%.

Os conselheiros são indicados por seus pares nas entidades a que pertencem, com mandatos não coincidentes com a troca de governo. (BRASIL, 2009a).





O SUS foi a primeira política pública brasileira a adotar, na sua constituição, a participação popular como princípio, reiterando o controle social não somente nas práticas, mas no exercício de outros espaços institucionalizados. Destaca-se as audiências públicas e outros mecanismos de audiência civil, de usuários ou trabalhadores (COSSETIN, 2010).



A participação social é uma das formas mais avançadas de democracia, ao determinar uma relação nova entre Estado e sociedade, em que as decisões sobre as ações e serviços de saúde são negociadas. Para tanto, é necessário que o controle social aconteça na prática, de modo que a sociedade civil ocupe seu lugar nos espaços de participação. (COSSETIN, 2010).



A falta de informação e a existência de interesses múltiplos para que a população permaneça sem conhecer seus direitos faz com que, em muitas realidades, a participação e controle social não seja pleno. Destaca-se o papel do Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde na implementação de mecanismos para a gestão e fortalecimento do controle social no SUS (BRASIL, 2009b).

Saiba um pouco mais sobre as atividades do conselheiro de saúde.

Guia do Conselheiro



2.5.1 Gestão participativa

No entanto, a participação social não se limita às instâncias formalizadas para o controle como os conselhos de saúde. Há que ser valorizada e realizada na rotina das unidades de saúde do SUS. Por isso, a gestão participativa é um instrumento importante para a mudança de uma gestão centralizadora para uma gestão que envolva todos os atores do SUS e que contribui para uma melhor produção de saúde, realização profissional e pessoal dos trabalhadores e reprodução política democrática e solidária (BRASIL, 2009d).

A gestão participativa propõe um modelo de gestão centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva e em colegiados, com o poder compartilhado, com análises, decisões e avaliações coletivas. Para a promoção a democratização nos processos decisórios, existem várias formas de arranjos a serem adotadas em espaços de gestão do SUS e que apresentam inovações importantes e reconhecidas, apontadas a seguir em dois grupos:

O primeiro grupo diz respeito a dispositivos de organização do espaço coletivo, capaz de permitir o acordo de desejos e interesses dos diversos atores:

Conselhos de gestão participativa:

Compostos por gestores, trabalhadores e representantes de usuários da unidade. Essa instância discute e aprova o projeto diretor da unidade, atuando na negociação entre segmentos. Também indica ações prioritárias, define investimentos, fiscaliza e avalia a execução do plano de trabalho da unidade. (BRASIL, 2009d).

Colegiado gestor de hospital, de distritos sanitários e secretarias de saúde:

É composto por coordenadores de áreas, gerentes, gestor de saúde, diretores, e em hospital, por coordenadores de unidades assistenciais. Como atividades, elabora o projeto diretor, é espaço de negociação de redefinição de prioridades, define investimentos, organiza projetos das diferentes unidades, realiza avaliação sistemática e realiza devolutivas aos conselhos gestores (BRASIL, 2009d).

Colegiado gestor da unidade de saúde:

Composto por uma representação multiprofissional, que depende do formato da unidade de saúde, comportando-se como uma instância colegiada. Desenvolve projeto de ação, atua no processo de trabalho das unidades, responsabiliza envolvidos, acolhe demanda dos usuários, cria e analisa indicadores, elabora propostas, cria estratégias para o desenvolvimento dos membros das equipes. (BRASIL, 2009d).

Mesa de negociação permanente:

Desenvolvida entre trabalhadores e gestores sobre questões que se relacionam ao trabalho em saúde. (BRASIL, 2009d).

Contratos de gestão:

Firmados entre unidades de saúde e instâncias hierárquicas de gestão, como exemplo entre uma UBS e um ambulatório hospitalar. Pactuam-se metas em três eixos, sendo: ampliação do acesso, qualificação e humanização da atenção, valorização dos trabalhadores e garantia de sustentabilidade da unidade. (BRASIL, 2009d).



O segundo grupo refere-se aos dispositivos incentivados pela Política Nacional de Humanização (PHN), em relação a mecanismos para garantir a participação ativa de usuários e familiares na rotina das unidades. Propiciam a manutenção de laços sociais dos usuários, como familiares em projetos terapêuticos.

Visita aberta e direito de acompanhante:

Ocorre durante consultas e internações, ampliando as possibilidades de acesso para visitantes, a fim de garantir o elo entre paciente e sua rede social. (BRASIL, 2009d).

Equipe de referência e gerência com horários abertos:

Interação com a rede sociofamiliar do usuário. São equipes multiprofissionais que conduzem projetos terapêuticos utilizando mecanismos sistemáticos de atendimento à rede sociofamiliar, com espaço e tempo para interagir com ela. (BRASIL, 2009d).

Ouvidoria descentralizada:

Mecanismo presente nas secretarias, distritos de saúde, hospitais e complexos assistenciais, na mediação de interesses entre usuários, trabalhadores e gestores e acolhem manifestações de todos os atores envolvidos nos cuidados de saúde. Tem uma organização para atender tanto os usuários/comunidade, quanto trabalhadores de saúde, contando com formas de retorno e encaminhamento dos problemas identificados. (BRASIL, 2009d).

Família participante, grupos de pais, grupo focal:

Atuam com os usuários e trabalhadores nos diferentes espaços das unidades. (BRASIL, 2009d).

Grupos de Trabalho de Humanização (GTH):

Destinam-se a empreender uma política, na instituição, de resgate de valores da universalidade, integralidade e aumento da equidade na assistência e democratização na gestão, beneficiando usuários e profissionais. É formado por lideranças representativas de profissionais em cada equipamento de saúde e que difunde os princípios da humanização, identifica os pontos críticos da rotina dos serviços, promove o trabalho em equipe, propõe mudanças, estabelece fluxo de propostas entre diversos setores da instituição. (BRASIL, 2009d).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este e-book é um material articulado do desenvolvimento da disciplina Gestão da Saúde. Espera-se que tenham aproveitado o tempo e as informações disponibilizadas para despertar o desejo de entender mais e mais sobre a Gestão da Saúde. Um tema que se apoia na rearticulação de saberes e práticas e almeja reorganizar e consolidar os princípios do SUS, com práticas específicas e complexas que vislumbram o modo de vida das pessoas e como elas adoeçam e não somente a doença.

Um forte abraço a todos!

REFERÊNCIAS

ATUN, R.; ANDRADE, L. O. M.; ALMEIDA, G.; COTLEAR, D.; DMYTRACZENKO, T.; FRENZ, P. *et al.* Health-system reform and universal health coverage in Latin America. **Lancet**, London, v. 385, n. 9974, p. 1230-1247, 2015.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2011. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS 2011, 6, II).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Gestão da Vigilância à Saúde**, Secretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. Ministério da Saúde, 2ª ed. rev. Brasília, Ministério da Saúde, 2009d.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 2). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno2_planejasus_2ed.pdf>. Acesso em 23 jan. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 9, de 9 de novembro de Lex: legislação federal e marginalia, São Paulo, v. 59, p. 1966, out./dez

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Parte 1. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em 21 jan. 2021.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc**, v. 26, n. 3, 2017.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; MENEZES-FILHO, N. A.; ANDRADE, M. V.; NORONHA, K. V. M. S.; ROCHA, R.; et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, London. V. 394, p: 345-56, 2019.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS - CNM. Mudanças no Financiamento da Saúde. Brasília, 2018.



CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família e centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1. S7-S27, 2008.

COSSETIN, A. **Controle social na estratégia de Saúde da Família**: avaliação participativa das ações em Saúde Mental. 2010. 155f. Orientadora: Dr.^a Agnes Olschowsky. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

EDUARDO, M. B. P. **Vigilância Sanitária, volume 8**. Série Saúde & Cidadania. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.

FERNANDES, V. B. L., *et al.* Hospitalizations sensitive to primary care as an evaluation indicator for the Family Health Strategy. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. B. V.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012.

HONE, T.; RASELLA, D.; BARRETO, M.; ATUN, R.; MAJEED, A.; MILLETT, C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil's Primary Care Expansion and Strong health governance. **Health Affairs**, London. V.36, n.1, p:149-58, 2017.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Hospital performance in Brazil: the search for excellence**. World bank, Washington, DC. 2008.

LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, 611-9, 2015.

MACINKO, J., *et al.* The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **Am J Public Health**, New York, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, 2011.

MINAYO, M. C. **Saúde-doença: uma concepção popular da Etiologia**. Cadernos de Saúde coletiva, Rio de Janeiro, 1988.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PARANÁ, Secretaria do Estado da Saúde do Paraná. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023**. Curitiba-PR: SESA, 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-09/PES-24_setembro-vers%C3%A3o-digital.pdf. Acesso em 26 jan. 2021.



PASSOS, C. M. **O trabalho do enfermeiro na atenção básica de Belo Horizonte:** avaliação das ações programáticas. 2011. 120f. Orientadora: Dr.^a Maria Raquel Gomes Maia Pires Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PEREIRA, B. L. S.; OLIVEIRA JUNIOR, A. C. R.; FALEIROS, D. R. Portaria 3992/2017: desafios e avanços para gestão dos recursos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública.** 2019: 53-58.

PINHEIRO, G. M. L., ALVAREZ, A. M., PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado Brasileiro – uma revisão. **Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. B. V.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** 2. ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2012: 547-576.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, Governo Federal, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde.** Informe Epidemiológico do SUS, VII (2): 7-28, 1998.

VIANA A. L. D. A.; FERREIRA, M. P.; CUTRIN, M. A.; FUSARO, E. R.; SOUZA, M. R.; MOURÃO, L.; *et al.* O processo de regionalização no Brasil: influência das dimensões política, estrutura e organização. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**, Recife. V. 17, Supl. 1, S45-S61, 2017.

VILARINS, G.C.M.; SHIMIZUI, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. **A regulação em saúde:** aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **A conceptual framework for action on the social determinants of health.** Geneva: WHO, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Health systems: governance.** Geneva: WHO; 2016 [cited 2016 Dec 2]. Available from: <http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/> Acesso em 23 jan. 2021.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE DO PARANÁ
UNICENTRO**

**NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - NEAD
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL - UAB**

**Prof. Dr. Marcos de Castro
Coordenador Geral Curso**

**Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Crissi Knuppel
Coordenadora Geral NEAD / Coordenadora Administrativa do Curso**

**Prof.^a Ms^a. Marta Clediane Rodrigues Anciutti
Coordenadora de Programas e Projetos / Coordenadora Pedagógica**

**Maicon Ferreira de Souza
Apoio Pedagógico**

**Ruth Rieth Leonhardt
Revisora**

**Murilo Holubovski
Designer Gráfico**

Fev/2021