



GESTÃO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

PATRICIA PACHECO TYSKI SUCKOW

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



INTRODUÇÃO

A temática deste módulo de aprendizagem é uma das mais relevantes na consolidação do SUS e deve ser vista por todos os envolvidos nesta construção, em especial pelos gestores.

Inúmeras ações e iniciativas contribuem para o aumento do conhecimento na área, para a formulação de políticas públicas em saúde e para a inserção de novas práticas na saúde.

A boa prática de Gestão em Saúde está relacionada com a formação continuada, por meio da realização de cursos, planos de cargos, carreira e salário, implementação de programas de educação permanente, planejamento, modernização e atualização nos sistemas.


No Brasil essas mudanças estão em andamento, a partir da necessidade de um novo tratamento à gestão dos sistemas públicos de saúde com o reconhecimento de sua importância para a economia do país e que permitam à população um tratamento mais adequado, e ao trabalhador da saúde, protagonista deste processo, uma valorização da sua força de trabalho de forma capacitada, saudável e motivada.

O desenvolvimento do *e-book* objetiva demonstrar a importância do conhecimento sobre Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde com informações consistentes, a fim de tornar a leitura ágil e compreensível a todos. Não é um manual que oriente como formar um Gestor em Saúde, mas uma introdução ao tema que permite uma aproximação em relação a certos conceitos, técnicas e métodos abordando, rapidamente, alguns aspectos históricos e práticos.

1. ORGANIZAÇÃO DE SISTEMAS, SERVIÇOS E REDES DE SAÚDE

A organização do Sistema Único de Saúde, historicamente, é dividida em dois ciclos políticos, após sua consolidação. Em um primeiro momento, de 1988 a 2000, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) prevaleceu a atuação e o protagonismo dos municípios. Na prática, eles recebiam recursos federais oriundos do Ministério da Previdência por serviços prestados e realizados pelos municípios. As AIS foram reconhecidas como um marco na cobertura de saúde, atingindo mais de 2.500 cidades e quase 90% da população nacional. O segundo ciclo, que compreende do ano 2000 até os dias atuais, é marcado pelo processo de construção das Regiões de saúde e das Redes de Atenção à Saúde, conhecidas como RAS. O contexto político, econômico e social vivenciado por cada período, definiu o modelo de atenção à saúde, o tipo de descentralização, a territorialização, os modelos de gestão e o perfil dos financiamentos. (ANDRADE; SOARES, 2017; VIANA *et al.*, 2018)


O governo brasileiro, por meio de normas federais, instituiu que a organização assistencial, dentro do SUS, é operada por redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços e cuidados integrados, o que já é realizado em outros países, exigindo uma abordagem orquestrada dos níveis de complexidade. Assim, o que define a urgência, a gravidade e a complexidade da assistência são as necessidades do paciente/usuário.



A organização da atenção no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a hierarquização e a regionalização.

A **hierarquização** é a organização dos serviços conforme a complexidade das ações desenvolvidas. A atenção primária ou Básica, a atenção secundária ou Média Complexidade - ambulatorial ou hospitalar especializada e atenção terciária ou Alta Complexidade - ambulatorial ou hospitalar especializada, com necessidade de altas tecnologias, maior custo e em formato de redes.

É a organização horizontal de serviços de saúde, com o centro de comunicação na **atenção primária à saúde**, que permite prestar uma assistência contínua a determinada população – no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população. (MENDES, 2010)



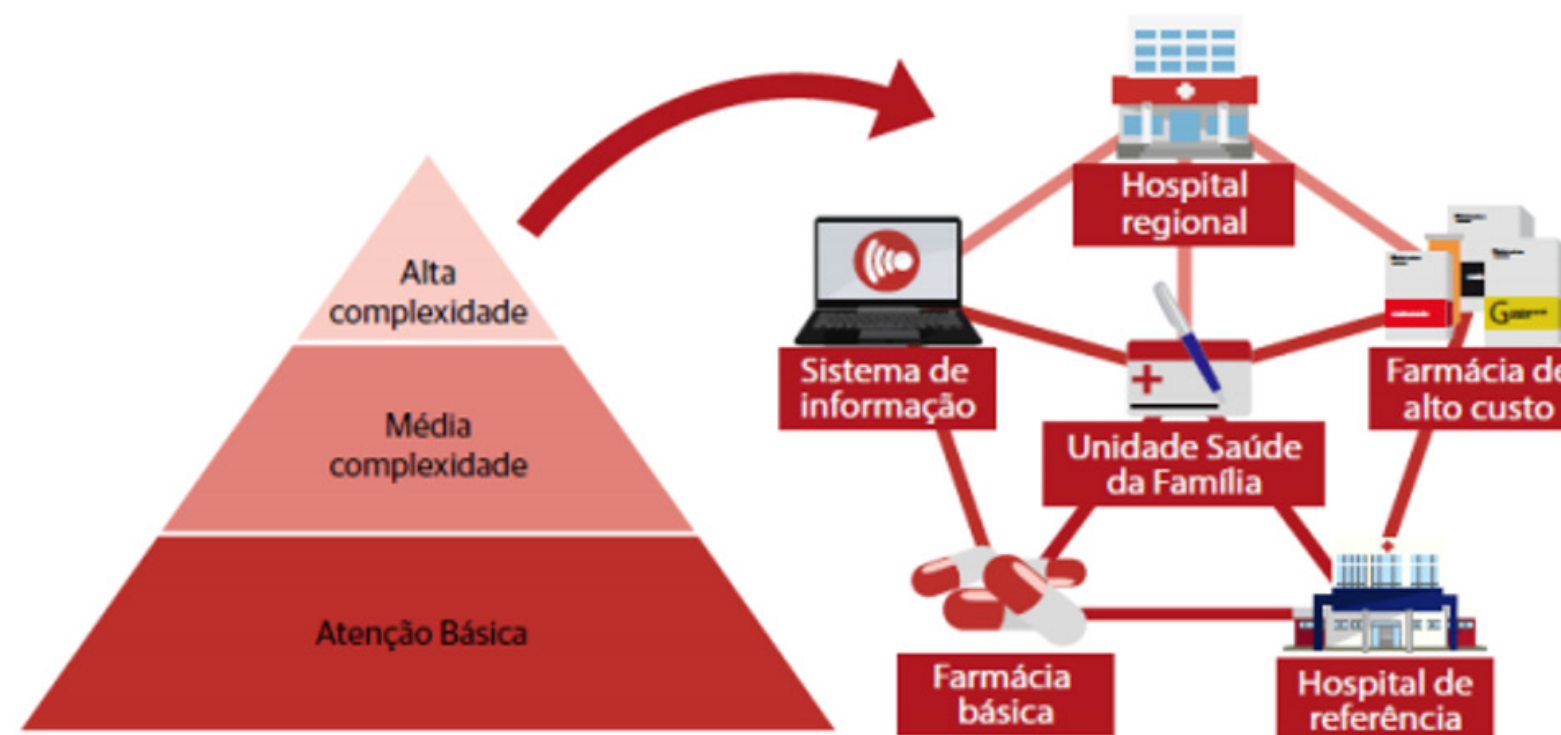
A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada, o primeiro contato do paciente e abrange promoção e proteção de saúde, bem como prevenção de danos, diagnóstico, tratamento e manutenção da condição de saúde do indivíduo. Ela se orienta pelos princípios dos SUS, a Universalidade, a Integralidade e a Equidade e tem na Saúde da Família sua base prioritária de organização.

A Atenção Secundária atende problemas e agravos de saúde, quando há necessidade de profissionais especializados e de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento.


Na Atenção Terciária são envolvidos recursos de altas tecnologias e altos custos, com a prestação de serviços qualificados, porém integrando-se aos demais níveis de complexidade.

A partir da criação das Redes de Assistência à Saúde (RAS) houve mudanças no sistema piramidal e hierárquico de Atenção à Saúde, o que é visualizado na figura 1.

Figura 1 - Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Adaptado de Mendes E. V. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde, 2011.



A **regionalização** é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante:


Pacto pela Vida
+
Pacto de Gestão
+
Pacto em Defesa do SUS

E orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Segundo Andrade e Soares, 2017, o **Pacto pela Vida** tem como objetivo o estabelecimento de um conjunto de seis prioridades a serem assumidas e apresentadas por meio de metas, pelos gestores das três esferas. As áreas prioritárias abrangem:

1. Saúde do Idoso;
2. Controle de câncer de mama e colo de útero;
3. Redução das mortalidades materna e infantil;
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza);
5. Promoção da saúde;
6. Fortalecimento da atenção básica.


Posteriormente foram incluídas a Saúde do Trabalhador e Saúde Mental.




Fortalecimento do Sistema de Saúde para pessoas com Deficiências, Atenção Integral às pessoas em situação/risco de violência e Saúde do homem.

Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006


Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido



Através da NOAS/01/2002 foi instituída a elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR), de um Plano Diretor de Investimentos (PDI) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Com o **Pacto de Gestão** foram mantidos estes planos como principais instrumentos da Regionalização e criados os Colegiados de Gestão Regional, que asseguram a presença de todos os gestores de saúde do município que compõem a região e com representação estadual. Ele apresenta diretrizes e responsabilidades sanitárias para os municípios, estados, Distrito Federal e União.



Os territórios sanitários são divididos de acordo com os níveis de atenção. A área de abrangência Municipal fica relacionada com a atenção primária à saúde. A Região, por ser autossuficiente, assume a responsabilidade da média complexidade. E a Macrorregião, engloba os atendimentos de parte da média complexidade e a totalidade da alta complexidade.



O estado do Paraná conta com 6 (seis) macrorregionais: Leste, Campos Gerais, Centro-Sul, Oeste, Noroeste e Norte que, agrupadas contabilizam 22 Regionais de Saúde.


Mapa das Regionais de Saúde

O **Pacto em Defesa do SUS** apresenta aos Gestores do SUS os compromissos com a consolidação da Reforma Sanitária, direcionando iniciativas e ações.

A partir deste momento são criados os Planos Nacional e Estadual de Saúde.

O *Plano Nacional de Saúde* explicita as iniciativas prioritárias do Ministério da Saúde e apresenta uma estrutura composta de introdução (processo, estrutura e embasamento legal), princípios, análise situacional da saúde, objetivos e diretrizes (com as respectivas metas), gestão, monitoramento e avaliação. Seus objetivos, diretrizes e metas encontram-se dirigidos para cinco tópicos: linhas de atenção à saúde; condições de saúde da população; setor saúde; gestão em saúde; e investimento em saúde (Brasil, 2005).

O *Plano Estadual de Saúde* dispõe de uma estrutura básica e algumas variações. Assim, tem-se a caracterização do contexto socio-demográfico, a análise da situação de saúde — incluindo o sistema estadual (problemas e desafios da gestão em relação à atenção básica, média e alta complexidade, vigilância epidemiológica e sanitária, recursos humanos, monitoramento e avaliação), diretrizes prioritárias (gestão descentralizada do sistema, atenção integral à saúde, contro-




le de riscos e agravos, gestão e desenvolvimento de pessoas, monitoramento e avaliação em saúde), planos de ação para cada diretriz explicitando objetivos e operações, além dos mecanismos de monitoramento e avaliação do plano estadual e orçamento (BRASIL, 2015).

Programas de Atenção do SUS

O Programa Saúde da Família (PSF) iniciou em 1994 com aproximadamente 300 equipes de trabalho e em 2007 contava com mais de 27.000 equipes. Ele surgiu da necessidade de reorganizar o modelo técnico-assistencial de saúde aplicado até então. Nele, o médico deve assistir e atender todos os integrantes de cada família, independente das diferenças e desenvolver com a equipe ações preventivas e de promoção de qualidade de vida.

Já a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2015, estava implantada em 5.388 municípios brasileiros, assistindo com estreitamento de laços entre equipes, famílias e território, mais de 119 milhões de pessoas. A ESF leva atendimentos e serviços multidisciplinares às pessoas por meio das UBSs – Unidades Básicas de Saúde. Consultas, curativos, vacinas, exames e radiografias são exemplos de procedimentos disponibilizados aos usuários nas UBSs.

A atenção primária envolve outras ações, como: o Programa Melhor em Casa, de atendimento domiciliar; o Programa Brasil Sorridente, de saúde bucal; as Equipes de Consultórios de Rua, que atendem pessoas em situação de rua; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que oferece alternativas para melhorar as condições de saúde de comunidades.



O **PSF** deixou de ser programa e tornou-se **ESF**, uma ação permanente na atenção básica em saúde, já que programa tem tempo determinado e a estratégia é contínua e permanente.


O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008, quando mais profissionais de saúde (assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e nutricionista) foram incluídos nas equipes do ESF (ANDRADE; SOARES, 2017).

As **Redes de Atenção à Saúde** (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010)

A seguir encontra-se o texto completo que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

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)



As redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

Há, na literatura internacional, evidências de que as redes de atenção à saúde podem melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde. Esses resultados foram positivos em várias situações: na atenção às pessoas idosas; na saúde mental; no controle do diabetes; no aumento da satisfação dos usuários no controle de doenças cardiovasculares; no controle de doenças respiratórias crônicas e na redução da utilização de serviços especializados (MENDES, 2010).

A organização dos serviços de saúde a partir das redes implica em valorização do compartilhamento da assistência entre profissionais, equipes e serviços. Exige entendimento da gestão para além de ações burocráticas, como sendo o processo de tomada de decisões que viabilizem os preceitos do SUS na prática. (RAMOS; ROSA, 2012)

Saiba mais em: As Redes de Atenção à Saúde




Como o Sistema Único de Saúde é constituído por uma rede interfederativa de ações e serviços, há necessidade que elas sejam ofertadas com responsabilidade, com a finalidade de garantir a integralidade de assistência aos usuários.

2. PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

Planejar é reduzir incertezas. Logo, implica em algum grau de intervenção na economia, associa-se à práticas regulatórias, orienta investimentos e está diretamente vinculado à alocação eficiente de recursos. A noção de planejamento é aplicada em diferentes áreas do conhecimento como administração, economia e política. No setor saúde, as práticas de planejamento estão presentes em todo o processo conhecido como **Gestão do SUS**. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Quando se trata de planejamento e programação em saúde na América Latina, refere-se especificamente àquele feito pelos governos e objetiva que o campo das ações de saúde seja realizado por um sistema público. Costuma-se considerar dois grandes momentos em seu desenvolvimento: o momento normativo, representado pelo método **CENDES-OPAS** e um segundo momento que se identifica com o movimento conhecido como **Planejamento Estratégico** (CHORNY *et al.*, 2008).




Planejamento e programação em saúde - Texto
para Fixação de Conteúdos e Seminário




Na metodologia **CENDES-OPAS**, o processo de eleição de prioridades, direciona que quanto maior a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência e menor o custo das intervenções propostas, mais elevada a prioridade de determinado dano. O planejador da ação precisa encontrar as técnicas eficientes e eficazes para enfrentar problemas de saúde e as doenças, de acordo com as prioridades determinadas. A definição de prioridades, baseada em critérios objetivos, dá ao método uma aparência científica que permite postular, pelo menos teoricamente, que é possível definir prioridades e planejar de forma racional, independentemente de quem o faz. O método CENDES-OPAS constituiu-se na referência central do planejamento em saúde por quase uma década e muitíssimos profissionais foram formados para implementá-lo. (CHORNY *et al.*, 2008).

O **Planejamento Estratégico** foi uma nova concepção de encarar o planejamento em saúde. Surgiu no final da década de 70 e início dos anos 80, depois de muitas críticas e fracassos relacionados ao modelo anterior.

Com um enfoque mais operacional, é definido como objeto do processo de planejamento, os espaços-população, que são os espaços físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, econômico, social, cultural e político – em que habitam populações homogêneas quanto às condições de vida, necessidades básicas e principalmente estado de saúde, assim, justificando a adoção de um enfoque estratégico e de gestão.







A Lei nº 8080/90 determina que a ação de planejamento e orçamento do SUS deve ser ascendente e integrado, indo da esfera local até a federal, ficando vetadas transferências de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais. O órgão que estabelece as diretrizes para elaboração destes planos, por conta de características epidemiológicas e organizacionais é o Conselho Nacional de Saúde.

INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO NO SUS


Para que planejar e gerir, no âmbito do SUS, são necessários os seguintes instrumentos: o Plano de Saúde, com as respectivas Programações Anuais e o Relatório de Gestão.

O **Plano de Saúde** é o que direciona o governo na elaboração do orçamento. Ele é o instrumento principal de planejamento dos Gestores para definição e implementação de todas as ações de saúde, para o período de quatro anos. Contempla todas as áreas de atenção, a fim de garantir o princípio da integralidade e considera as diretrizes definidas pelos Conselhos e pelas Conferências de Saúde, sendo submetido, apreciado e aprovado por eles.


A **Programação Anual de Saúde** (PAS) é a ferramenta que operacionaliza as intenções apresentadas no **Plano de Saúde** e objetiva estabelecer um índice anual de metas e, como consequência, prever as destinações dos recursos orçamentários a serem executados.






Para os cumprimentos da Lei Complementar nº141/2012, que trata de despesas com ações e serviços de saúde, valores mínimos aplicados e critérios de rateio de recursos, o CONASS preparou a Nota Técnica nº 5, em 2013, orientando os estados para a elaboração da PAS. Com ela os estados deverão elaborar e encaminhar a PAS em duas etapas distintas. A primeira etapa, com a finalidade de orientar a lei de diretrizes orçamentárias deve apresentar os direcionamentos do Plano de Saúde e suas respectivas ações aplicáveis ao ano subsequente ao do exercício, indicando as prioridades definidas. Na segunda etapa, deve ser elaborada a PAS detalhando o que foi previamente apresentado na 1ª etapa, isto é, das diretrizes e das prioridades, a fim de conter a quantificação de metas e estimativa de gasto orçamentário/financeiro – apresentado no formato que já é praticado no processo de planejamento do SUS: detalhamento das ações e serviços de saúde, as metas para o ano, os indicadores e os recursos orçamentários (Brasil, 2015).



O **Relatório de Gestão** é o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde. A estrutura do Relatório de Gestão deve conter: 1. Diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde; 2. Metas da PAS previstas e executadas; 3. Análise da execução orçamentária; 4. Recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde; 5. os Entes deverão inserir seção específica relativa aos compromissos assumidos no contrato (BRASIL, 2015).








Neste contexto, surge como um constituinte do SUS, o **Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde** (COAP) – que tem como função unificar, integrar e delimitar as ações dos entes federativos, subsidiários e complementares, considerando necessidades regionais, dando mais responsabilidades aos gestores.

É um instrumento jurídico que apresenta os compromissos pactuados em cada Região de Saúde que retrata a situação atual e as intervenções necessárias para uma situação futura, bem como a alocação de recursos das três esferas de governo.

O Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS, em acordo com o Conselho Nacional de Saúde, definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais. Os Municípios, a partir das necessidades locais, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos municipais de saúde, das prioridades estaduais e nacionais, elaboram, implementam e avaliam o ciclo do planejamento municipal. A partir das necessidades de saúde no âmbito estadual, das diretrizes estabelecidas pelos conselhos estaduais de saúde e observadas as prioridades nacionais, os estados, em parceria com os COSEMS, coordenam o ciclo de elaboração, implementação e avaliação do planejamento em seus territórios, com vistas à articulação de processos e instrumentos (BRASIL, 2016).





Quadro 1 –Significado das abreviaturas dos Conselhos de Saúde

CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Para que as ações de planejamento aperfeiçoem a gestão do SUS, as entidades envolvidas com a federação comprometem-se a realizar o monitoramento e a avaliação, analisar as estratégias empregadas e os resultados alcançados, por meio de processos periódicos, orientados pelas diretrizes, objetivos, metas e indicadores. O monitoramento e a avaliação são realizados de forma individual e conjunta entre os entes federados, respeitando as respectivas regiões de saúde.



O planejamento ascendente e integrado expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera da União em relação à saúde da população, da integração territorial e da organização sistêmica do SUS.



O Decreto nº 7.508, de 2011 introduz duas inovações essenciais para o aperfeiçoamento do planejamento no SUS e estabelece o planejamento regional em saúde como a base para a definição das metas e indicadores do planejamento das políticas de saúde, objetivando garantir um acesso resolutivo e de qualidade à rede de saúde.

Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011

Vale lembrar que o processo de planejamento se inicia pela identificação de problemas – atuais e futuros e os fatores que contribuem para a situação observada e, a partir dessa identificação, definem-se estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias. Para exemplificar Agenda de Saúde, Quadro de Metas, Plano de Saúde, Lei Orçamentária e Relatórios de Gestão, como possíveis instrumentos de Planejamento em Saúde.



3. DIAGNÓSTICOS DE SAÚDE e IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS

Os planejamentos iniciam com a identificação de problemas e das condições a serem mudadas. Este processo chama-se **diagnóstico da situação**. Este reconhecimento e seu julgamento são realizados por meio de diferentes abordagens como, por exemplo, uma análise profunda da informação disponível, assim como a utilização da experiência e o conhecimento acerca da realidade em questão, que tem a equipe que planeja. Para que o diagnóstico resulte num plano que efetivamente cumpra os objetivos propostos, não é suficiente que se trabalhe a partir apenas da descrição de determinada situação ou apenas da identificação de problemas. Na realidade, o que informa a eleição de estratégias de intervenção é a busca das causas ou fatores que condicionam a realidade observada. (CHORNY *et al.*, 2008).

Com finalidade de proporcionar melhor oferta de saúde ao indivíduo é necessário um exame criterioso da realidade situacional da população.

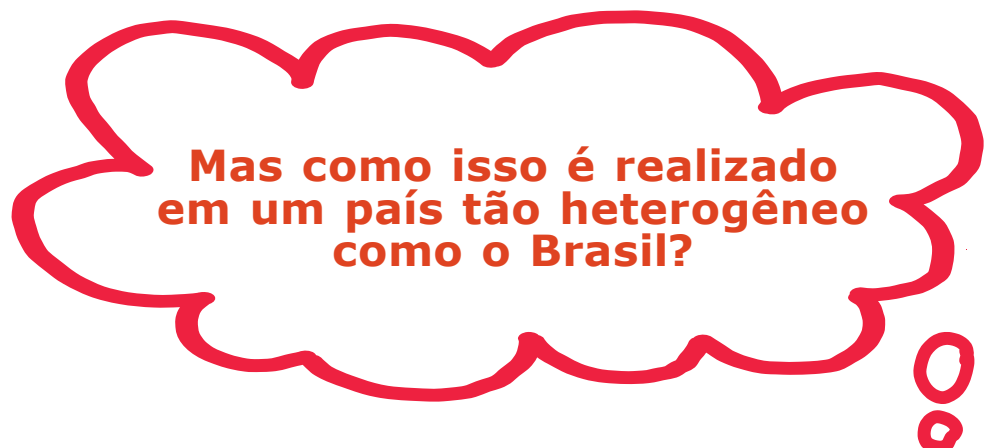
O **Mapa da Saúde**; o Sistema de Pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – **SISPACTO**; as Informações de Saúde através do **TABNET**; e os Sistemas de Informação sobre Orçamento Público em Saúde- **SIOPS**, são ferramentas de apoio aos diagnósticos e planejamentos do SUS.



SISPACTO

TABNET

SIOPS



**Mas como isso é realizado
em um país tão heterogêneo
como o Brasil?**

O primeiro caminho para realizar um diagnóstico é a territorialização ou reconhecimento do território. Ele acontece para gerar os dados e traçar as estratégias de conduta.

A territorialização da saúde é um processo social e político importante para a realização dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O SUS é fundamentalmente um projeto de atenção territorializado, organizado em redes de atenção regionalizadas, por isso, a territorialização reflete o próprio modelo de atenção que se propõe no Brasil. Todavia, mesmo passados trinta anos do texto constitucional, o projeto assistencial territorializado não se completou. (FARIA, 2013).



Hoje a territorialização em Saúde tem como objetivos principais a reorganização do processo de trabalho em saúde e a reconfiguração do Modelo de Atenção, transformando as práticas sanitárias.

O processo de territorialização divide-se em três fases:

Fase 1 → preparatória ou de planejamento;

Fase 2 → de coleta de dados e informações;

Fase 3 → de análise dos dados coletados.

Os dados coletados são conseguidos a partir de observações *in loco*, do acesso aos Sistemas de Informação em Saúde, dos prontuários e registros da unidade de saúde e das entrevistas com informantes-chave.

Eles precisam ser analisados e transformados em informações, que subsidiam o planejamento das equipes de trabalho. Existem modelos de roteiros e protocolos utilizados para a coleta dos dados. É fundamental reunir as informações já existentes e definir os dados que serão mais usados no determinado momento e os requerem ser coletados ou atualizados. Priorizar dados, significa agilizar o processo, isso não quer dizer que posteriormente a coleta não seja retomada e ampliada. Este processo denomina-se Análise Situacional em Saúde.

No quadro a seguir, verifica-se sugestões e/ou exemplos de dados a serem coletados e as respectivas fontes para compor a territorialização da área de atuação.

Quadro 2 – Dados sobre Fontes para coleta de informações necessárias à territorialização do SUS

DADOS	FONTES
Demográficos: população total, faixa etária, sexo, densidade.	Cadastro Familiar / SISAB IBGE / TCU
Socioeconômicos: renda, escolaridade, moradia, emprego/desemprego, condições de trabalho.	Cadastro familiar / SISAB; Observação <i>in loco</i> ; Entrevista
Epidemiológicos: causas de morbidade e mortalidade, presença de DCNT's, cobertura vacinal.	SISAB / pesquisa nacional de saúde / DATASUS; Registros locais dos atendimentos.
Socioambientais: abastecimento de água, sistema de esgoto e de lixo, áreas de preservação ambiental, presença de indústrias	Cadastro familiar / SISAB IBGE: Censo Demográfico e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Observação <i>in loco</i>
Infraestruturais: pavimentação, rede elétrica, escolas, creches, igrejas, comércio, serviços, áreas de lazer, transporte público e coletivo, segurança pública, favelas, assentamentos.	Observação <i>in loco</i> ; Entrevista
Acesso à Saúde: distância, transporte, vias públicas, satisfação, proporção de usuários.	Observação <i>in loco</i> ; Entrevista; Cadastro familiar/SISAB
Políticas Públicas: associação de bairros, Conselho Municipal de Saúde, participação da comunidade em geral.	Observação <i>in loco</i> ; Entrevistas

Fonte: Elaborado pelo Autor.






O processo de territorialização deve ser dinâmico e permanente (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

O *link* a seguir dá acesso a um tutorial sobre territorialização por meio do *Google Earth*. Mostra como marcar as áreas e micro áreas de atuação da equipe de saúde e como sinalizar o território com informações sobre marcadores e outras informações que a equipe desejar.




Tutorial territorialização Google Earth

A partir das informações obtidas, analisadas e de identificação dos principais problemas de saúde do território, os grupos de risco, o acesso dos pacientes aos atendimentos no sistema de saúde, a organização, gestão e ação programas de saúde, classifica-se os problemas a serem enfrentados de acordo com os critérios de:

- Frequência do problema;
- Mortalidade e morbidade;
- Efetividade das ações e intervenções (pouco, moderada, muito);
- Custos das ações e intervenções (alto, moderado, baixo);
- Priorização de grupos de risco.



Só então são traçados objetivos, dos quais derivam as ações a serem realizadas nos territórios. As ações e serviços desenvolvidos não se restringem àqueles que já são tradicionalmente ofertados pelas unidades de saúde, mas envolver órgãos governamentais e não governamentais que atuam na área, inclusive mobilizar e envolver indivíduos, famílias e comunidades que vivem e/ou trabalham no espaço.



É de conhecimento que os recursos em saúde nunca são suficientes para a realização de todas as ações e prioridades necessárias. Por isso torna-se fundamental o planejamento tanto de execuções quanto de recursos disponíveis, para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, de sua saúde.


4. ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO E INTERVENÇÃO EM SAÚDE

Os modelos de atenção e gestão em saúde configuram o modelo de organização do sistema de saúde e suas práticas, de acordo com as necessidades da população. Os modelos são apresentados em políticas, programas e serviços de saúde que estejam alinhados com os princípios e diretrizes do SUS.


Relembrando o que ficou sabido pela reforma Sanitária, a saúde é fruto das condições de meio ambiente, habitação, alimentação, educação, renda, trabalho, transporte, lazer e do acesso aos serviços de saúde. Então quando se trata da criação de Estratégias em Saúde há que se considerar esta complexidade.

O SUS é o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições nas três esferas públicas (federal, estaduais e municipais), da administração direta ou indireta, e que é complementado pelos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.


Ações e atividades educativas em saúde são de uma das metodologias utilizadas. A educação em saúde é aplicada a três públicos diferentes: aos profissionais de saúde, para que valorizem a prevenção e a promoção, tanto quanto as práticas curativas, aos gestores para que apoiem esses profissionais e à população, que necessita adquirir conhecimentos para aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivos.




A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB de 2017, considera as expressões Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) sinônimos. Uma mesma política as conceitua como o conjunto de ações individuais, familiares e comunitárias que inclui as ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e redução de danos, desenvolvido por uma equipe multiprofissional para uma população. (BRASIL, 2017).




A Atenção Primária é uma estratégia utilizada há mais de 30 anos no Sistema Único de Saúde. Ela é a porta de entrada da população para os serviços públicos de saúde e tem como objetivo o cuidado de forma individual e integral, e não apenas de tratar doenças ou condições específicas.



Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em torno de 80% a 90% das necessidades que um indivíduo apresenta em relação à saúde podem ser resolvidas através da Atenção Primária. As ações neste nível evitam os possíveis agravamentos e cronificações dos casos, diminuindo por consequência os atendimentos nas urgências e as filas de espera por consultas com especialidades. Somente com investimento, otimização e agilidade nos serviços das Unidades Básicas de Saúde, através do PSF, o Gestor pode assegurar que seu empenho seja realmente transformado em resultados.



A Cobertura vacinal oferecida à população, em todas as fases da vida acontece através do Programa Nacional de Imunização do Brasil, onde são oferecidas, gratuitamente, todas as vacinas recomenda-




das pela Organização Mundial da Saúde. Pelo programa, a poliomielite e a varíola foram erradicadas e os casos de morte decorrentes do sarampo, tétano, difteria, coqueluche e rubéola, diminuíram significativamente. Este programa tem o reconhecimento internacional por sua eficácia.

Criado em 2004, o Programa Farmácia Popular, que funciona desde 2004 oferece gratuitamente à população medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, considerados essenciais. Atualmente a distribuição acontece em farmácias comerciais credenciadas ao programa. Para outros casos existe a oferta de descontos. Na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – **RENAME**, estão relacionados outros medicamentos, quase 900 opções, que são fornecidos pelo SUS nas unidades de atendimento.


Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

O Sistema Nacional de Doação e Transplante de Órgãos é o maior programa público nesta questão. Os pacientes que necessitam de algum órgão estão cadastrados e organizados em uma lista única na Central de Transplantes da Secretaria de Saúde do seu estado. O SUS é responsável por cerca de 87% de todos os procedimentos com recursos próprios.




Com eficiência, eficácia e referência internacional, o país possui o **Registro Nacional De Doadores De Medula Óssea (REDOME)**. Considerado o terceiro maior banco de doadores de medula óssea do mundo, fica atrás apenas dos Estados Unidos e da Alemanha. O banco brasileiro é financiado com recursos exclusivamente públicos e articulado com bancos internacionais. Atualmente, as chances de um paciente conseguir a doação de medula é superior a 60%.


**Você pode ser um doador de Medula Óssea!
Basta comparecer a um Hemocentro e realizar o
cadastro. Saiba mais sobre o processo.**



O **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência** foi criado como parte da Política Nacional de Atenção à Urgências. Realiza atendimentos em qualquer lugar, por uma equipe capacitada nas 24 horas do dia. O atendimento é pré-hospitalar e o objetivo é levar para as vítimas, em situações de urgência ou emergência, cuidados de maneira rápida, ágil e eficaz, minimizando sofrimento, sequelas ou até mesmo a morte. O conhecido **SAMU** atende 75% da população brasileira pela linha direta 192.



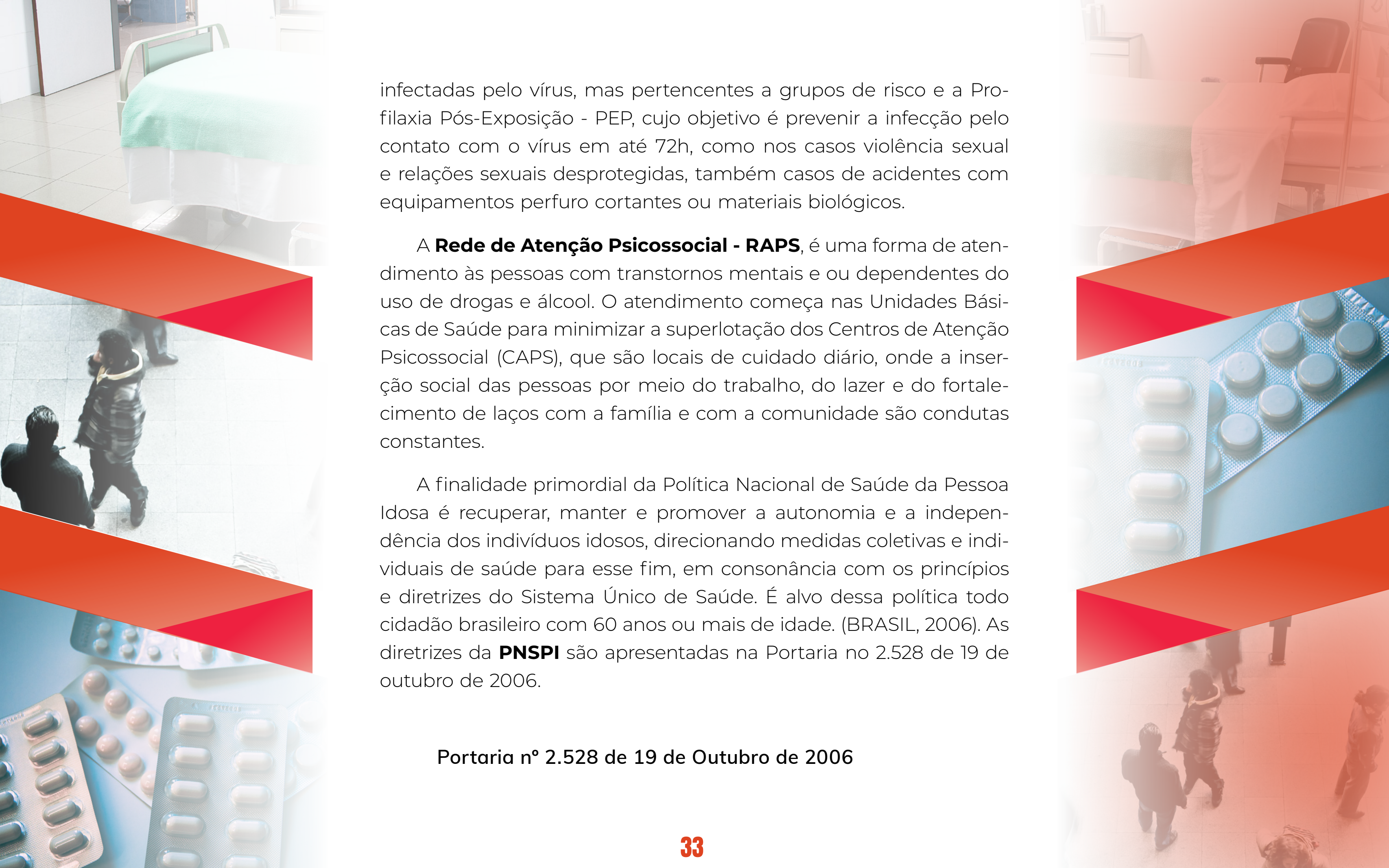
A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (**PNAISP**) foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que criou e desenvolveu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Peni-



tenciário, possibilitando o acesso a serviços de Saúde específicos, reduzindo complicações e danos causados pelas condições que se encontram. As ações se desenvolvem em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde e de Justiça, e das Secretarias Municipais de Saúde.

Para Tratamento e Controle da Tuberculose existe mais de um programa porém a Atenção Básica ainda encontra dificuldades nas ações profiláticas, de confirmação de diagnóstico e na manutenção dos tratamentos, já que na descentralização das funções é comum a falta de treinamento capacitação para os profissionais. Com alterações na descentralização das competências, o que era exclusivo das Unidades de Referência em Tuberculose, passou a ser compartilhado com as equipes da ESF, o que causa sobrecarga de atividades e limitações no controle da doença.

Outro programa de referência mundial é o **Programa de Prevenção e Controle da AIDS**, que desde 1996, distribui gratuitamente, medicamentos antirretrovirais aos portadores da doença. Esses medicamentos ajudam a evitar a debilidade do sistema imunológico e aumentar o tempo e a qualidade de vida dos portadores do vírus. O Governo Brasileiro busca a extinção da doença com campanhas de prevenção e uso de preservativos associados aos tratamentos universais e ainda oferece duas formas de prevenção importantes relacionadas à doença: a Profilaxia Pré-Exposição – PrEP, que utiliza medicamentos antirretrovirais para a prevenção em pessoas não






infectadas pelo vírus, mas pertencentes a grupos de risco e a Profilaxia Pós-Exposição - PEP, cujo objetivo é prevenir a infecção pelo contato com o vírus em até 72h, como nos casos violência sexual e relações sexuais desprotegidas, também casos de acidentes com equipamentos perfuro cortantes ou materiais biológicos.




A **Rede de Atenção Psicossocial - RAPS**, é uma forma de atendimento às pessoas com transtornos mentais e ou dependentes do uso de drogas e álcool. O atendimento começa nas Unidades Básicas de Saúde para minimizar a superlotação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são locais de cuidado diário, onde a inserção social das pessoas por meio do trabalho, do lazer e do fortalecimento de laços com a família e com a comunidade são condutas constantes.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais de idade. (BRASIL, 2006). As diretrizes da **PNSPI** são apresentadas na Portaria no 2.528 de 19 de outubro de 2006.




Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006






O **Programa Brasil Sorridente** – oriundo da Política Nacional de Saúde Bucal oferece serviços odontológicos gratuitos no Sistema Único de Saúde (SUS). Esses serviços acontecem em Postos de Saúde, Unidades Odontológicas Móveis (UOM), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Hospitais. O programa conta com a confecção de próteses dentárias, com dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) servindo de apoio para os atendimentos. Ele também tem integração com outras ações e programas do Ministério da Saúde, como o Programa Saúde na Escola, Plano Nacional para Pessoas com Deficiência, Brasil Sorridente Indígena, Fluoretação das Águas de Abastecimento Público, entre outros.



Por serem consideradas pessoas saudáveis, os adolescentes e os jovens, não têm a necessária atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Nos últimos tempos, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, especialmente por causas externas, como agressões e acidentes de trânsito. O suicídio também apresenta taxas preocupantes em algumas cidades, provocando um impacto na saúde pública (BRASIL, 2010). Baseada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens foram criadas as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, com uma abordagem sistêmica das necessidades desta faixa etária, já que o desenvolvimento da Nação dependerá, a médio e longo prazo, desta geração.



Um dos últimos a ser criado, o **Programa Mais Médicos** foi um dos últimos a ser criado e veio para suprir uma demanda emergencial de escassez ou falta de médicos em regiões prioritárias e vulneráveis para o SUS. Ao aproximar mais os profissionais das comunidades que atendem, ocorre a ampliação dos serviços da saúde e maior humanização no atendimento médico.



Ações ainda mais específicas foram priorizadas pelo Ministério de Saúde, por meio das Secretarias de Vigilância em Saúde e de Atenção à Saúde, com a divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde, com objetivo de promover iniciativas sobre práticas relativas à alimentação saudável, vigilância alimentar e nutricional e alimentação escolar, prática corporal e atividade física realizadas na rede básica e na comunidade, prevenção e controle do tabagismo, com intervenções educativas, legislativas e econômicas, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, direcionado também a jovens e adolescentes, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável.



LEITURA COMPLEMENTAR

O Ministério da Saúde por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar desenvolveu o *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*, que objetiva a disseminação de informações, a fim de qualificar a atenção e contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. Para aumentar seus conhecimentos

Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar

Site da Agência Nacional de Saúde Suplementar



5. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Avaliar é o ato de aplicar um julgamento de valor a algo ou alguém. Para se efetivar esta ação, há vários artifícios ou dispositivos, critérios ou normas, que fornecem as repostas legítimas procuradas.

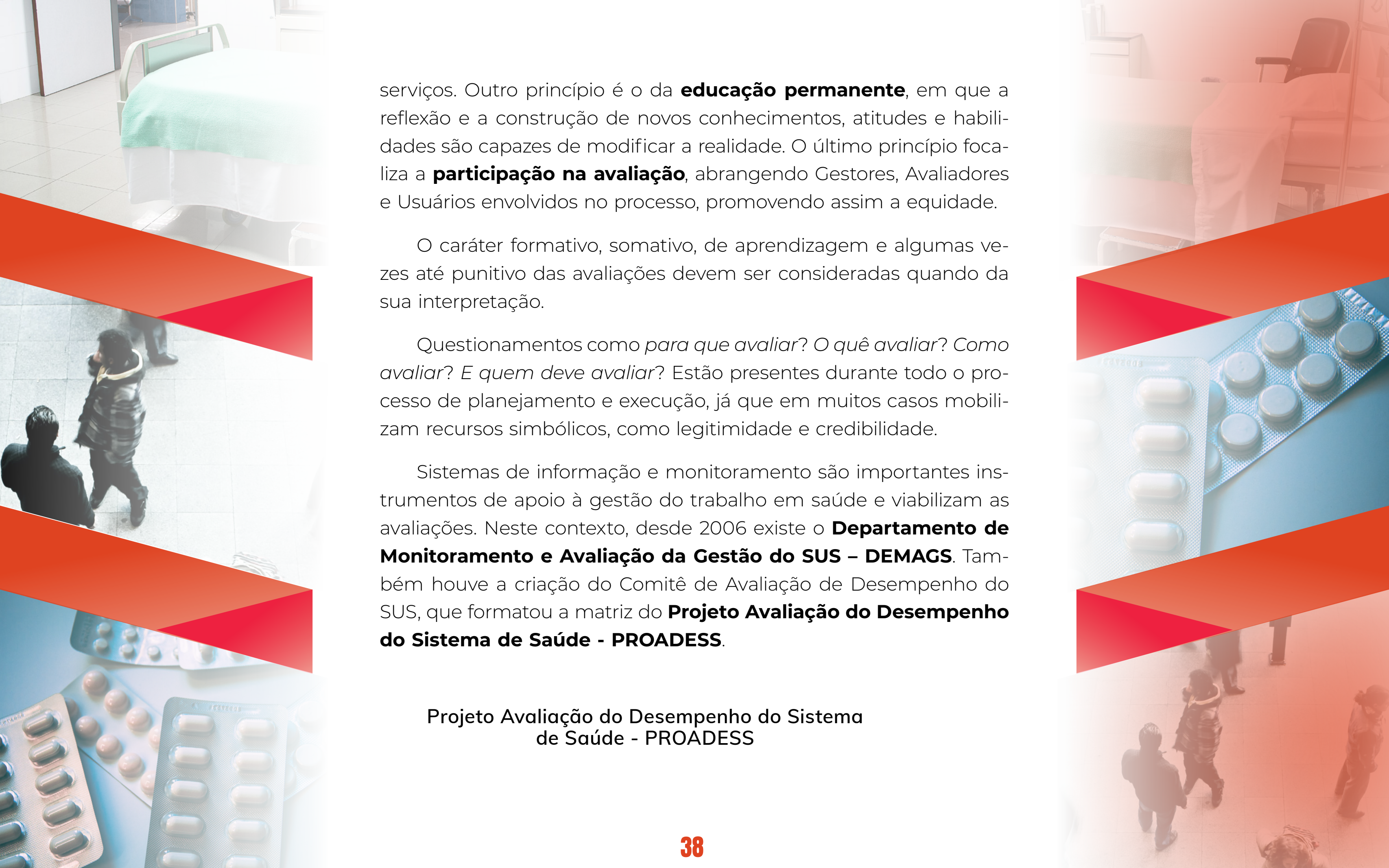
Seus contornos na área da saúde são um grande campo de práticas éticas, políticas e técnicas, com forte incidência sobre os serviços e seus trabalhadores.

Conceitos de qualidade, desempenho, pagamentos e investimentos, formulação de estratégias e de controle social são processos que estão diretamente relacionados a práticas avaliativas.

Desde a criação do SUS, houve a preocupação das funções de **Monitoramento & Avaliação (M&A)**, que é uma ferramenta para orientar a tomada de decisões e aprimorar a qualidade da gestão em saúde.

As avaliações nos serviços de saúde são realizadas por procedimentos técnicos mas, como ponto de partida, cabe aos Gestores conhecer os princípios que a regem.

O primeiro princípio é a **satisfação dos usuários como indicador avaliativo** e está condicionado às expectativas, valores individuais e sociais, estilo de vida e experiências prévias. O segundo princípio está relacionado à **integração entre processos e resultados**, o que enfoca diretamente a questão organizacional do sistema e dos



serviços. Outro princípio é o da **educação permanente**, em que a reflexão e a construção de novos conhecimentos, atitudes e habilidades são capazes de modificar a realidade. O último princípio focaliza a **participação na avaliação**, abrangendo Gestores, Avaliadores e Usuários envolvidos no processo, promovendo assim a equidade.

O caráter formativo, somativo, de aprendizagem e algumas vezes até punitivo das avaliações devem ser consideradas quando da sua interpretação.

Questionamentos como *para que avaliar? O quê avaliar? Como avaliar? E quem deve avaliar?* Estão presentes durante todo o processo de planejamento e execução, já que em muitos casos mobilizam recursos simbólicos, como legitimidade e credibilidade.

Sistemas de informação e monitoramento são importantes instrumentos de apoio à gestão do trabalho em saúde e viabilizam as avaliações. Neste contexto, desde 2006 existe o **Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS – DEMAGS**. Também houve a criação do Comitê de Avaliação de Desempenho do SUS, que formatou a matriz do **Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS**.

Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema
de Saúde - PROADESS



Em 2011 foi criado o **Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS – DEMAS**



Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS – DEMAS

O DEMAS desenvolveu o **IDSUS** um indicador de avaliação de desempenho do SUS em relação à efetividade da Atenção Básica, Ambulatorial, Hospitalar e das Urgências e Emergências.

Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde

A publicação do livro *Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, 2011-2015: resultados e perspectivas* é o documento mais recente para verificação de diagnósticos, resultados, monitoramentos e avaliação das políticas de saúde. Nele também está contido o Caderno de Planejamento 2014-2014 que serve de guia complementar nas ações dos gestores.

Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, 2011 – 2015






As avaliações em saúde também surgem do resultado da aplicação de critérios e normas – AVALIAÇÃO NORMATIVA (apreciação da estrutura, do processo e dos resultados) ou a partir de procedimentos científicos – PESQUISA AVALIATIVA (análise estratégica, de intervenção, de implantação, de produtividade, de rendimento, dos efeitos), que a faz mais próxima da comunidade acadêmica.

Existe um Instrumento de Avaliação da Atenção Primária que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o **PCAToll - Brasil** aplicado por qualquer profissional de saúde ou entrevistadores com, no mínimo, nível médio de escolaridade completo e devidamente capacitados a empregá-lo. Ele é utilizado para identificar aspectos da estrutura e do processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação, visando qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações da Atenção Primária na Saúde.



Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde



Já a **Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ)** é uma metodologia sistêmica, da Estratégia de Saúde da Família, de autoavaliação e autogestão, que possibilita gestão interna dos processos e o estreitamento da relação entre os campos da avaliação e da qualidade, possibilitando no plano gerencial ou assistencial, a apropriação de métodos e ferramentas tanto para a realização de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e práticas, quanto para a elaboração e construção de projetos de intervenção, subsidiando o alcance de metas de qualidade.

Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em consequência do grande número de Programas Nacionais fomentados pelo Ministério da Saúde aumenta-se também a inserção de ações, protocolos, regras e estratégias para os gestores de saúde administrarem. É preciso desenvolvimento, qualidade e inovação em todo o processo. Por isso o Planejamento, a Organização, a Gestão e a Avaliação em Saúde são temáticas tão abrangentes e complexas tornando-se instrumentos essenciais de apoio ao gestor.

Embora o SUS tenha como característica de formação ser único, fica claro que ele não funciona do mesmo modo nas regiões do Brasil e no esforço por garantir seus princípios, melhoria dos serviços por ele prestados, qualidade de vida de indivíduos e comunidades. Entende-se que é urgente evitar o desperdício de recursos públicos e a superposição de ações, assim aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes na saúde.

Nesse sentido, a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde provoca mudanças no modo de planejar, organizar, realizar, analisar e avaliar os trabalhos em saúde.

O Sistema Único de Saúde ainda tem muitos desafios a serem ultrapassados e vencidos para alcançar mais qualidade, aumentar eficiência, eficácia e equidade. Para isso é imprescindível a atuação de gestores comprometidos com o processo e munidos de ferramentas e técnicas que os auxiliem na missão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A. **Bases da saúde coletiva**. 2. ed. Londrina: Eduel, 2017

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS/Ministério da Saúde**, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília: Ministério da Saúde, v. 4, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde; um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html Acesso em: 29 dez. 2020.

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR, R.; TAVEIRA, M. **Planejamento e programação em saúde**. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, 2008.

COLUSSI, C. F., PEREIRA, K. G. (org.). **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica** [Recurso eletrônico]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

FARIA, R. M. A Territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 09, n. 16, p. 131-147, 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, n.5, Rio de Janeiro, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2ªed, 549p., Brasília, 2011.

RAMOS, L. A. D.; ROSA, A. S. **Planejamento e Gestão dos Serviços de Saúde**. UNA-SUS; UNIFESP, unidade 12, p. 05, 2012.

VIANA, A. L. D.; BOUSQUAT, A.; MELO, G. A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M. G. A. Regionalização e redes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, n.6, Rio de Janeiro, 2018.

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

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

**Prof.^a Dr.^a Eliane Horbus
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