

REGULAÇÃO EM SAÚDE

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde

volume **10** REGULAÇÃO EM SAÚDE

Copyright 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria.

Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS

Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS

Tiragem: 5000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
– Brasília : CONASS, 2007.

174 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10)

ISBN 978-85-89545-18-1



1. SUS (BR). 2. Organização de Sistema de Saúde. I Título.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

Concepção e Coordenação da Coleção

Regina Helena Arroio Nicoletti

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Coordenação do Livro

Márcia Huçulak

Elaboração

Denise Pestana

Iracema Paim

Joana Demarchi

Márcia Huçulak

Edição

Adriane Cruz

Vanessa Pinheiro

Projeto gráfico

Fernanda Goulart

Revisão

Clarice Scotti

Aquarela capa

Mário Azevedo

DIRETORIA do CONASS - 2006/2007

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva

Vice-presidente Região Norte

Fernando Agostinho Cruz Dourado

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata

Vice-presidente Região Sul

Cláudio Murilo Xavier

SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE

AC - Suely de Souza Mello da Costa

AL - André Valente

AP - Abelardo da Silva Vaz

AM - Wilson Duarte Alecrim

BA - Jorge José Santos Pereira Solla

CE - João Ananias Vasconcelos Neto

DF - José Geraldo Maciel

ES - Anselmo Tose

GO - Cairo Alberto de Freitas

MA - Edmundo da Costa Gomes

MT - Augustinho Moro

MS - Beatriz Figueiredo Dobashi

MG - Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

PA - Halmélio Alves Sobral Neto

PB - Geraldo de Almeida Cunha Filho

PR - Cláudio Murilo Xavier

PE - Jorge Gomes

PI - Tatiana Vieira Souza Chaves

RJ - Sérgio Luis Côrtes

RN - Adelmaro Cavalcanti Cunha Júnior

RS - Osmar Terra

RO - Milton Luiz Moreira

RR - Eugênia Glaucy Moura Ferreira

SC - Luiz Eduardo Cherem

SP - Luiz Roberto Barradas Barata

SE - Rogério Carvalho

TO - Eugênio Pacceli de Freitas Coelho

SECRETARIA EXECUTIVA DO CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso Silva

Coordenadores

Regina Helena Arroio Nicoletti

Ricardo F. Scotti

René Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Assessores Técnicos

Adriane Cruz, Déa Carvalho, Eliana Dourado, Gisele Bahia, Júlio Müller, Lívia Costa da Silveira, Lore Lamb, Luciana Tôledo Lopes, Márcia Huçulak, Maria José Evangelista, Maria Luísa Campolina Ferreira, Ricardo Rossi, Rodrigo Fagundes Souza, e Viviane Rocha de Luiz.

Assessora de Comunicação Social

Vanessa Pinheiro

SUMÁRIO

Apresentação 11

1 Regulação sobre sistemas de saúde 14

- 1.1 Introdução 14
- 1.2 O mercado no setor saúde 16
- 1.3 As razões para a atuação do Estado 19
- 1.4 Regular o setor saúde 23
- 1.5 Conceitos de regulação 25
- 1.6 Quem regula? 26

2 Regulação assistencial 30

- 2.1 Introdução 30
- 2.2 Conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso 31
- 2.3 Política Nacional de Regulação 33
- 2.4 Mecanismos e instrumentos de regulação assistencial 38
- 2.5 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 39
- 2.6 Cartão Nacional de Saúde 41
- 2.7 Implantação dos complexos reguladores nos estados 46
- 2.8 Sistemas de informação 51
- 2.9 Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade 57
- 2.10 Proposta de implantação da Câmara Nacional de Compensação de Alta Complexidade 60

3 A Contratualização dos serviços de saúde 64

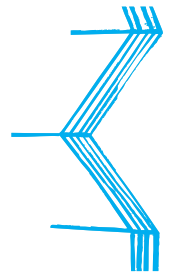
- 3.1 Introdução 64
- 3.2 Contratação dos serviços de saúde 65
- 3.3 Contratualização 73
- 3.4 Modalidades de contratação 80
- 3.5 Tipos de contratos 82
- 3.6 Plano operativo 84

- 4 Controle e avaliação 86**
 - 4.1 Introdução 86
 - 4.2 Conceitos 90
 - 4.3 Ações de controle e avaliação 94
 - 4.4 Atribuições do gestor estadual no controle e avaliação das ações e serviços de saúde 96
 - 4.5 Avaliação 109
 - 4.6 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 114
 - 4.7 Acreditação hospitalar 117

- 5 Programação Pactuada e Integrada da assistência à saúde (PPI) 120**
 - 5.1 Introdução 120
 - 5.2 Programação das ações de saúde 124
 - 5.3 Etapas no processo da Programação Pactuada Integrada 127
 - 5.4 Documentos elaborados no processo da PPI 131

- 6 Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) 138**
 - 6.1 Histórico 138
 - 6.2 O Sistema Nacional de Auditoria 139
 - 6.3 Organização do componente estadual do SNA 148
 - 6.4 Estruturação mínima para o funcionamento do componente estadual do SNA 149
 - 6.5 Atuação do componente estadual de auditoria 150
 - 6.6 Atividades da auditoria do componente estadual do SNA 152
 - 6.7 Execução das atividades de auditoria 154
 - 6.8 O componente estadual do SNA e o Pacto pela Saúde 157
 - 6.9 Considerações finais 159

APRESENTAÇÃO



A Regulação do Sistema de Saúde só recentemente ganhou a relevância que o tema requer no SUS. Em parte, pelas dificuldades inerentes à compreensão dos conceitos que a fundamentam, pelas concepções e práticas para o pleno exercício dessa macrofunção de gestão, e em parte também, pelas inúmeras demandas e vazios assistenciais que ocupam a agenda dos gestores prioritariamente.

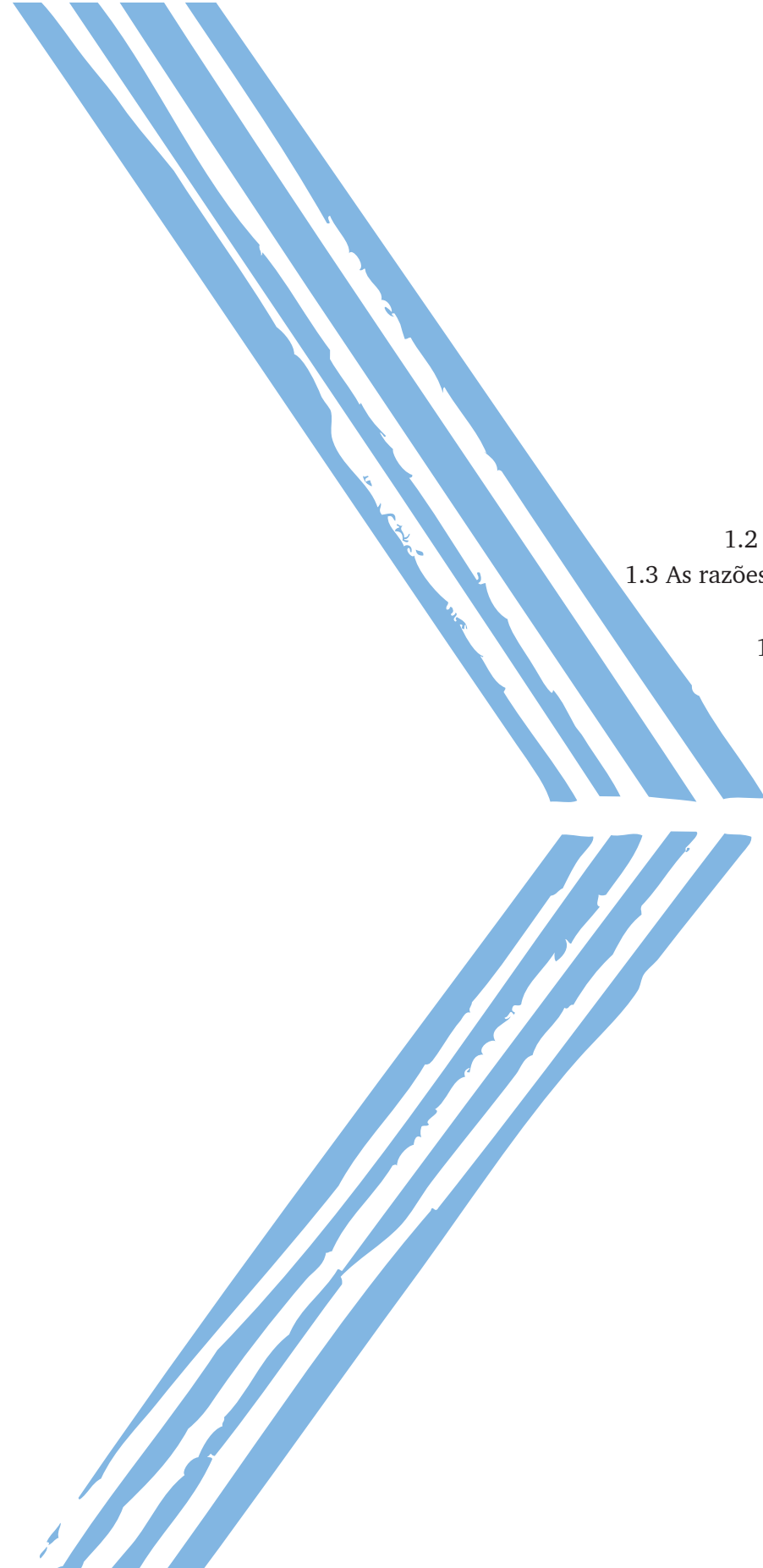
O conceito de regulação mais disseminado no SUS está afeito à regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Uma concepção um tanto restrita de regulação, induzindo a iniciativa de controle do acesso do usuário e de adequação à oferta. Assim como na última década, as normas do sistema vincularam o processo e as ações de regulação às formas de gestão estabelecidas.

A partir das negociações e pactuações definidas no Pacto pela Saúde, os três entes federados depararam-se com a necessidade de definir responsabilidades e de estabelecer a regulação não apenas como um instrumento de garantia do acesso, mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde.

O CONASS, desde 2003, vem debatendo este tema e reconhece que a Regulação é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelo gestor estadual. Com este objetivo o CONASS elaborou este livro para aprofundar esta discussão, estabelecendo consensos, contribuindo para o fortalecimento da gestão estadual, incentivando a incorporação de atividades e ações de regulação, na garantia do direito à saúde, da universalidade e integralidade, com eficiência, eficácia e efetividade.

Boa leitura.

Jurandi Frutuoso Silva
Presidente do CONASS

- 
- 1.1 Introdução
 - 1.2 O mercado no setor saúde
 - 1.3 As razões para a atuação do Estado
 - 1.4 Regular o setor saúde
 - 1.5 Conceitos de regulação
 - 1.6 Quem regula?

1.1 Introdução

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

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

A prestação de serviços de saúde pode ser vista como uma das muitas variáveis que influenciam as condições de saúde de uma população. Há uma estreita correlação entre ambos, o que nos leva a associar que a garantia do acesso a serviços com qualidade pode influenciar nos resultados ou nos indicadores de saúde de determinada população ou comunidade.¹ Contudo, há a necessidade de se conhecer melhor o impacto da prestação de serviços de saúde nos indicadores de saúde de uma determinada população e o seu peso nos resultados alcançados.

Em parte, para garantir saúde para uma determinada população, é necessário assegurar o acesso aos serviços de saúde. O Estado é visto como tendo a responsabilidade de garantir isto, comparável com a função de afirmar justiça para todos igualmente.² Essa preocupação em relação à garantia do acesso, da qualidade da assistência e da organização da atenção à saúde demonstram que a proteção do Estado é necessária. Considerando também que a prestação dos cuidados de saúde tem especificidades próprias, é necessário que os governos atuem em nome dos seus cidadãos para garantir as condições da adequada prestação de serviços no setor saúde. E isso requer que os governos assumam seu papel regulador.

Tradicionalmente, o escopo da regulação no setor saúde tem sido o de estabelecer padrões de qualidade e segurança para assegurar as condições mínimas na prestação de serviços. Sem dúvida, essa é uma concepção relevante de regulação, mas há necessidade de se avançar em uma concepção econômica da regulação, com o foco no contexto da organização do sistema de saúde, do mercado e dos recursos necessários para a prestação de serviços no setor.³

De acordo com esses conceitos, surge a compreensão da inserção do Estado no setor saúde. Alguns advogam que a prestação de serviços de saúde deve ser deixada exclusivamente para a iniciativa privada, pois a mão invisível do mercado, ou seja, a lei da oferta e da procura – ou, no caso da saúde, da necessidade do usuário e da oferta (prestadores de serviços) poderá desempenhar a função sem a necessidade da intervenção estatal.

¹ DOCTEUR; OXLEY, 2003.

² GREEN, 1992.

³ KUMARANAYAKE et al., 2000.

Por outro lado, há a defesa de que a prestação de serviços de saúde deve ser exercida exclusivamente pelo Estado, por meio de seus órgãos, pois sem a sua atuação direta os resultados podem ser comprometidos. Dependendo dos conceitos, crenças e valores de uma determinada sociedade, a concepção das funções e da dimensão da atuação estatal pode variar. Portanto, as funções de prestação de serviços de saúde, de regulação e de financiamento das ações e serviços de saúde podem ser assumidas pelo Estado integral ou parcialmente, da mesma forma que o peso dado ao desempenho dessas funções pode ser distinto nos diferentes sistemas de saúde.

O CONASS pretende, ao apresentar algumas questões sobre o papel regulador das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), promover a reflexão sobre essa importante macrofunção da gestão estadual de saúde, conforme consenso estabelecido pelos gestores estaduais.⁴ Além disso, ao estimular as SES a introduzir ou ampliar as atividades e estratégias relativas ao desempenho da regulação, pretende fortalecer a gestão estadual e o sistema de saúde como um todo.

1.2 O mercado no setor saúde

A economia trata de escolhas, sobre custo de oportunidade, como obter mais e melhores benefícios para a sociedade com os recursos disponíveis. Portanto, o objetivo é a eficiência, extrair o máximo que pudermos do trabalho, terra e capital, freqüentemente com alguma preocupação com equidade e justiça. O objetivo é a sociedade como um todo e não apenas o indivíduo ou um grupo específico de indivíduos.⁵ Economia pode ser conceituada como o estudo da escassez e da escolha. O que varia é o nível de escassez dos recursos e quão difíceis são as escolhas.⁶

⁴ CONASS, 2003.

⁵ MOONEY, 1992.

⁶ NORMAND; BOWLING, 1993.

No mundo contemporâneo, a forma mais comum de provisão de bens e serviços é o mercado. O mercado atua no equilíbrio da oferta e da demanda, que permite a troca de bens e serviços entre o consumidor e o produtor sem a necessidade da intervenção do Estado. Quantidade e preço são os mecanismos utilizados pelo mercado para estabelecer a relação entre consumidores e produtores, a expressão conhecida como “mão invisível do mercado”, criada pelo renomado economista Adam Smith. Por meio da mão invisível, consumidores maximizam sua satisfação adquirindo bens e serviços que desejam, livremente, e os produtores maximizam seus rendimentos vendendo seus produtos.

Para que o mercado atue perfeitamente, ou seja, alcançando o melhor resultado com o menor custo, são necessárias algumas condições:⁷

- a) Certeza: a hipótese da certeza é que o consumidor sabe exatamente o que deseja, quando e onde pode encontrar.
- b) Nenhuma externalidade: externalidades são benefícios ou desvantagens do consumo ou produção de bens e serviços que afetam o indivíduo positiva ou negativamente, sem que este tome parte da decisão de produzir ou consumir determinado bem ou serviço. Um exemplo de externalidade positiva é a vacina. Mesmo o indivíduo que não recebe a vacina pode ser beneficiado pela diminuição da circulação do vírus. Um exemplo de externalidade negativa é o ruído excessivo e poluição causados pelos automóveis.
- c) Perfeita informação: o consumidor conhece e sabe o que deseja e ganha mais conhecimento pelo uso regular do serviço ou do produto.
- d) Soberania do consumidor: significa nenhuma interferência externa na decisão do consumidor de adquirir e consumir determinado bem ou serviço.
- e) Não existência de monopólio: ocorre quando existem muitos provedores. Restrições para o estabelecimento de serviços é uma forma de monopólio. Embora as restrições tenham conotação de proteção ao indivíduo, elas limitam a concorrência, e com a oferta limitada há a tendência do aumento de preço.

⁷ DONALDSON; GERARD, 1993.

Na realidade, as evidências mostram que o mercado de poucos bens e serviços tem as características citadas, e não significa que por isso deve ter a intervenção do governo.⁸ Porém, no setor saúde, deve-se considerar o grau de imperfeição do mercado e de que forma o governo pode assumir suas funções e otimizar os custos, os benefícios e a equidade.

A prestação de serviços de saúde é diferente de outros bens e serviços, pelo que os especialistas na área apontam como “falhas do mercado”.⁹ A necessidade por cuidados com a saúde pode não ser percebida pelo indivíduo ou difícil de prever, ou ainda o indivíduo pela própria condição que se encontra pode não perceber a necessidade de intervenção.

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

Um dos argumentos contra a atuação do mercado no setor saúde é a sua incapacidade de produzir equidade. O mercado não requer nenhum padrão de distribuição de renda, pelo contrário, reforça o padrão existente. O mercado exacerba as iniquidades, pela alocação de bens e serviços de acordo com a capacidade individual de pagar por eles. Ou seja, no caso da saúde, os mais vulneráveis são excluídos. A equidade tem sido uma preocupação constante e um objetivo a ser alcançado no sistema de saúde, muito embora considerada difícil sua definição e avaliação.¹⁰

⁸ DEPPE, 2006.

⁹ DONALDSON; GERARD, 1993.

¹⁰ MCGUIRE; HENDERSON; MOONEY, 1992.

1.3 As razões para a atuação do Estado

Além das falhas do mercado apontadas anteriormente, vários outros fatores sugerem que o setor saúde necessita de algum grau de intervenção estatal. O setor saúde vive em constante evolução. Novos equipamentos, drogas e instrumentos são desenvolvidos para melhorar condições de tratamento e curar muitas doenças. As indústrias farmacêutica e de equipamentos têm forte influência sobre as autoridades de saúde para que sejam adquiridas novas drogas e atualizados os equipamentos.

Embora a implementação de novas tecnologias seja necessária, em muitos casos ela é usada sem critérios. Há uma associação fácil que novos equipamentos e drogas podem promover melhores condições de tratamento.¹¹ Contudo, em países em desenvolvimento, de acordo com a OMS, menos da metade dos equipamentos disponíveis está em condições de uso.

O problema do uso inadequado ou da introdução de novas tecnologias sem critérios não é apenas de gastos dispendidos, mas de perda de benefícios que poderiam ser alcançados se estes recursos fossem aplicados em outras ações e serviços. Isso é o que os economistas referem-se como noção de custo de oportunidade, ou seja, o custo do recurso é igual ao benefício que deveria ser gerado na sua melhor alternativa de uso.¹²

Duas razões sugerem a necessidade da atuação do Estado no setor saúde, a eficiência e a equidade. Vale ressaltar que o Estado também pode ser ineficiente e aumentar as iniquidades. Porém, aqui se destaca o papel inalienável de gestor dos recursos públicos. Esse papel, que dificilmente poderá ser exercido pelo setor privado ou pelo terceiro setor (não governamental), que é o de garantir que os recursos disponíveis sejam alocados com eficiência e com equidade.

Equidade é um termo que pode ter diferentes definições e sua conceituação no setor saúde incorpora a noção de justiça social. Algumas definições:

¹¹ DRUMMOND; MAYNARD, 1988.

¹² NORMAND; BOWLING, 1993.

- igual acesso aos serviços de saúde;
- igual saúde;
- igual utilização dos serviços de saúde;
- igual acesso aos serviços de saúde de acordo com a necessidade;
- igual utilização dos serviços de saúde de acordo com a necessidade.¹³

O livro *Medindo desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento* (VIANA, 2001) ressalta em suas conclusões que equidade não é o mesmo que igualdade e que o conceito aplicado no setor saúde considera a discriminação positiva, ou seja, dar mais a quem mais necessita, tratar desigualmente os desiguais.

Eficiência pode ser definida como a diminuição dos custos da produção de qualquer bem ou serviço e a maximização de sua utilização. Ou produção ao menor custo, obtenção do máximo de resultado a um determinado custo.¹⁴ Ou ainda, a obtenção do máximo de benefícios dos recursos disponíveis. Alguns economistas argumentam que ao ser eficiente promove-se a equidade. Os recursos devem ir para aqueles em piores condições, pois os indivíduos em piores condições têm maior capacidade de se beneficiar.

Os governos, em qualquer instância, podem atuar em três áreas no setor saúde, objetivando a equidade e eficiência:

- financiamento;
- prestação da assistência;
- regulação.

Essas três funções de governo têm importante interface entre si. A implantação de mecanismos de regulação na prestação da assistência estabelece os padrões de qualidade da mesma. Não significa que os padrões de excelência sejam garantidos pela existência de padrões pré-definidos, mas, sem dúvida, que a função reguladora

¹³ GREEN, 1992.

¹⁴ MILLS, 1995.

é substancial para garantir a qualidade. Da mesma forma, quando o Estado atua por meio de mecanismos de regulação e/ou define a aplicação dos investimentos em saúde, pode garantir em maior ou menor grau a equidade na distribuição e na alocação de bens e serviços.

A prestação de serviços em saúde pode ser vista como uma das funções dos governos para garantir acesso e qualidade, muito embora haja também o argumento de que o Estado que exerça fortemente a função reguladora pode delegar a execução das ações e serviços. Obviamente, a questão não é o exercício de uma função em detrimento de outra, mas do que é considerado função precípua e inalienável do Estado, e que, portanto, a fragilidade ou ausência da atuação dos governos acarreta prejuízos à sociedade e aos indivíduos.

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

Nos últimos anos, com o processo de descentralização das ações e serviços de saúde instituído pelo SUS, muitas ações e serviços que estavam sob gestão do estado foram transferidos para os municípios. Esse processo provocou a necessidade da reflexão do novo papel das Secretarias Estaduais de Saúde, que assumem as funções de coordenadoras e articuladoras do sistema de saúde e de reguladoras, especialmente, na organização das ações e serviços, de forma integrada, com base nos princípios adequados da escala e da qualidade.

Ainda há muitas áreas que suscitam dúvidas quanto ao papel do gestor municipal e do gestor estadual, especialmente sobre qual é o limite da atuação de cada um. Porém, em razão das especificidades inerentes ao setor saúde, é fundamental que os gestores atuem cooperativamente e exerçam sua função de reguladores do sistema. Portanto, cabe à gestão estadual atuar no sentido de garantir o acesso a ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades de saúde da população, fixando padrões de qualidade com eficiência e com base nos princípios de equidade e integralidade.

É importante aqui estabelecer a diferença entre necessidade e demanda. Diferença essa que é fundamental para o gestor no processo de organização do acesso a serviços de saúde. Nem toda demanda é necessidade, porém requer respostas. Nem toda necessidade é demandada pela população, porém requer o discernimento do gestor para o seu enfrentamento. As demandas do usuário são geradas muitas vezes pelos serviços/prestadores, e não pela necessidade. Esses conceitos precisam ser aprofundados, em virtude da adequada alocação de recursos com eficiência e eficácia.

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

A prestação de serviços, que foi e é ainda uma das funções que os gestores estaduais têm exercido, tem consumido muito das estruturas e dos recursos disponíveis nas Secretarias Estaduais de Saúde. Contudo, ao assumir a prestação de serviços, em muitos casos imprescindíveis para a garantia do acesso pelo cidadão e da qualidade, algumas secretarias confrontam-se com o dilema de prestar assistência e exercer seu papel de coordenador e regulador do sistema de saúde.

Desde a criação do SUS, em 1988, pela Constituição Federal, o sistema de saúde foi orientado para um processo de descentralização das ações e serviços de saúde, do gestor federal e estadual para os municípios. Essa diretriz teve que ser aprimorada considerando as especificidades do país. Cerca de 75% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes, o que apresenta restrições no que se refere à organização da oferta de ações e serviços com escala, qualidade e custos adequados. A necessidade de estabelecer a regionalização como estratégia de organização da rede de atenção à saúde, a melhoria do acesso e a integralidade fez com que se avançasse na regulamentação do SUS.

Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, a regionalização passou a ser um princípio que orienta a descentralização. Nessa nova perspectiva, a descentralização, no SUS, deve ser entendida como um processo contínuo de compartilhamento de atividades mútuas, por meio da participação de todas as instâncias de governo, da sociedade civil organizada e do cidadão. A estratégia de

promover a descentralização das ações e dos serviços de saúde por meio de um processo de regionalização baseada na escala e na qualidade e com custos adequados contribuirá para o aprimoramento da gestão do SUS e para o estabelecimento dos limites das funções dos gestores estadual e municipal.

A partir dessas reflexões, constata-se que as Secretarias Estaduais de Saúde passam a desempenhar novas funções essenciais de coordenação, articulação e regulação do sistema de saúde. Funções essas que, se não forem exercidas pelo gestor estadual, dificilmente poderão ser exercidas com a mesma capacidade de articulação e abrangência pelos demais entes federados. Assim como pela especificidade e pela amplitude necessárias para que o sistema de saúde brasileiro evolua com um modelo de atenção baseado no vínculo com o cidadão e com a comunidade, comprometido com a continuidade do cuidado e com os resultados sanitários.

1.4 Regular o setor saúde

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

A aplicação dos instrumentos e estratégias de regulação pode ser separada em duas dimensões:

- 1) regulação social e econômica e;
- 2) regulação gerencial.

São entendidos como objetivos sociais e econômicos do setor saúde a equidade e a justiça; a eficiência econômica; a proteção da saúde e do meio ambiente; a informação e a educação; assim como assegurar ao indivíduo a possibilidade de escolhas. A segunda dimensão, operacional e voltada para a aplicação de mecanismos pelos quais se atinge os objetivos citados anteriormente, enfatiza eficiência e efetivo gerenciamento dos recursos humanos e materiais¹⁵ e pode ser organizada da seguinte forma:

- regulação da qualidade e eficiência da atenção: avaliação do custo-benefício das intervenções, capacitação dos profissionais de saúde, avaliação dos prestadores com estabelecimento de padrões de excelência;
- regulação do acesso: definição de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, monitoramento e avaliação das referências, integração das ações e serviços;
- regulação dos prestadores: definição de contratos, formas de pagamento que estimule a produção de ações e serviços necessários, distribuição geográfica adequada ao acesso da população às ações e serviços de saúde;
- regulação da oferta de insumos e tecnologias: avaliação de eficiência e efetividade, definição de elencos e preços;
- regulação da força de trabalho: estabelecimento de regras para a formação, registros de profissionais e avaliação de desempenho.

A aplicação desses mecanismos pode variar, porém eles devem ser desenvolvidos equilibradamente, se a pretensão é desenvolver um sistema regulatório coerente e sustentável no sistema de saúde. As dimensões sociais, econômicas e gerenciais descrevem a função de regulação de maneira consistente com os objetivos do setor saúde. A necessidade da ação regulatória do Estado é evidenciada pelas falhas do mercado e pela responsabilidade inalienável pelo alcance do objetivo buscado, que é melhorar a saúde da população.

Uma grande variedade de atores pode estar envolvidos no processo da regulação. Desenvolver instrumentos e mecanismos regulatórios envolve ações junto ao Legislativo, ao Executivo e ao Judiciário. Regulação como macrofunção de

¹⁵ SALTMAN; BUSSE; MOSSIALOS, 2002.

governo consiste na elaboração e na aplicação de leis e normas, na implementação, no monitoramento e na avaliação; no uso de mecanismos para influenciar a qualidade, a quantidade e os preços dos insumos, drogas e ações e serviços de saúde,¹⁶ assim como na adequada distribuição da oferta de serviços de acordo com as necessidades de saúde da população.

1.5 Conceitos de regulação

Não há um padrão para a definição da regulação. Existem inúmeras e diferentes conceituações, e cada uma reflete diferentes perspectivas da agenda política e valores que estão implícitos por quem as elabora e por quem as utiliza.

Regular também tem como significados: sujeitar as regras, dirigir, regradar, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar, dentre outros, de acordo com o dicionário Aurélio.

A regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população.¹⁷

Regulação: intervenção do governo, por meio de regras, leis e normas, no mercado prestação de serviços de saúde ou no sistema de saúde.¹⁸

Regulação incorpora uma grande variedade de mecanismos, desde atos legislativos até requisitos e exigências colocadas administrativamente, além de incentivos positivos como subsídios ou negativos como de sanções legais.¹⁹

¹⁶ KUMARANAYAKE et al., 2000.

¹⁷ MENDES, 2002.

¹⁸ EUROPEAN, 2006.

¹⁹ SALTMAN; BUSSE; MOSSIALOS, 2002.

No sistema de saúde há dois tipos de regulação: a regulação sanitária de bens e serviços, e a regulação da assistência. A primeira se refere aos esforços das autoridades sanitárias de minimizar os efeitos adversos gerados pelos produtos e serviços por meio da economia, especialmente aqueles associados com a produção de produtos alimentares e alimentos. A regulação da assistência se refere às organizações com funções de financiamento, provisão e funções de desenvolvimento de pesquisas. A esse respeito, regulação é uma meta função dirigida às instituições, por meio de instrumentos tais como acreditação, certificação e estabelecimento de *ranking*.²⁰

Regulação é uma tarefa do Estado, de maneira a garantir o interesse da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde. Essa função regulatória pode ter várias formas: definição de arcabouço legal, regulação da competitividade, parâmetros mínimos e de excelência e, em particular, as várias formas de incentivo financeiro.²¹

Regulação ocorre quando o governo controla ou deliberadamente influencia determinada atividade pela manipulação de variáveis como preço, quantidade e qualidade. É necessário ter em mente o espírito da regulação, é preciso sempre manter foco no seu objetivo, que é assegurar o desempenho do sistema de saúde, ou seja, prestar uma assistência eficiente e equitativa e atender as necessidades de saúde da população.

1.6 Quem regula?

Regulação é uma importante macrofunção dos governos, normalmente introduzida pelo gestor local, regional, estadual e nacional ou por uma agência reguladora.²² Para os gestores que querem prover as ações e serviços de forma mais eficiente e efetiva e disponibilizar serviços com custos adequados, os instrumentos e ferramentas da regulação sem dúvida podem contribuir para melhorar os resultados

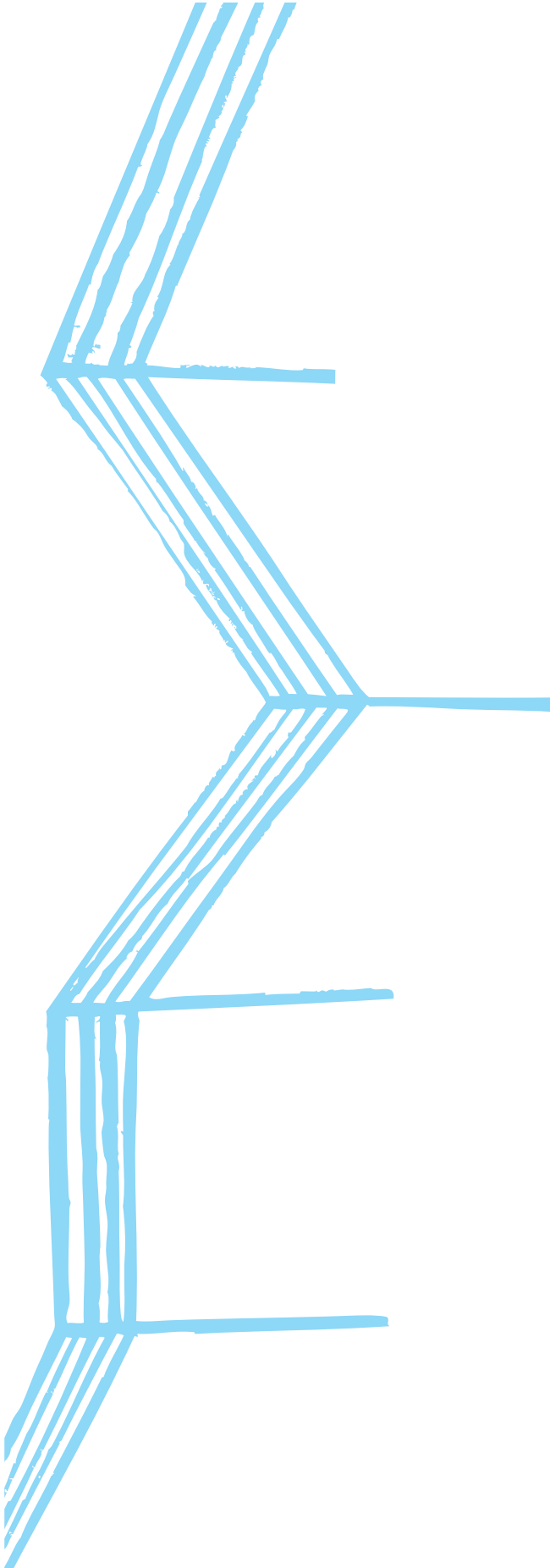
²⁰ MURRAY; FRENK, 2000.

²¹ ERROT; CARRIN; EVANS, 2005.

²² SALTMAN; BUSSE; MOSSIALOS, 2002.

do setor. É uma função orientada por leis, decretos e protocolos que podem ser questionados judicialmente. Essas ferramentas são usadas em uma variedade de estratégias governamentais para induzir ou conter determinada ação. Além desses instrumentos e estratégias, são necessários à implementação de mecanismos que requerem capacidade de gerenciamento e equipe capacitada.

Obviamente, os governos têm uma importante e intransferível função de regular o setor saúde em seus vários aspectos de gestão, prestação da assistência, financiamento e administração. Comumente, seus objetivos são limitar custos, evitar excesso de oferta e prevenir ou monitorar a má prática. Estabelecer padrões mínimos para habilitação profissional, para o funcionamento de serviços e da atenção à saúde são ações normalmente exercidas, porém o problema mais comum é a sua implementação e manutenção. Muitos dos recursos (humanos e materiais) dispendidos são voltados para a correção de problemas do sistema de saúde. Portanto, o grande desafio dos gestores é além de introduzir mecanismos de regulação, protocolos e padrões de assistência, é monitorar o seu desempenho. Outro fator preponderante é a informação para o usuário, que pode atuar, desde que bem informado, como um agente regulador.

- 
- 2.1 Introdução
 - 2.2 Conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso
 - 2.3 Política Nacional de Regulação
 - 2.4 Mecanismos e instrumentos de regulação assistencial
 - 2.5 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
 - 2.6 Cartão Nacional de Saúde
 - 2.7 Implantação dos complexos reguladores nos estados
 - 2.8 Sistemas de informação
 - 2.9 Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade
 - 2.10 Proposta de implantação da Câmara Nacional de Compensação de Alta Complexidade

2.1 Introdução

Uma das diretrizes fundamentais do SUS é a descentralização de ações e serviços de saúde, conforme prevê a Lei n. 8.080/90. A gestão descentralizada do SUS tem desafiado os gestores das três esferas de governo, no sentido de configurar uma rede de ações e serviços de saúde capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência e contra-referência municipal e intermunicipal.

Com o processo de descentralização, ocorreu uma profunda mudança nas atribuições do gestor estadual. Reconhece-se que o desafio atual da esfera estadual consiste no exercício da função integradora, orientada por visão ampla e abrangente do sistema, no sentido de organizá-lo e provê-lo em suas lacunas com presteza e qualidade dos serviços requeridos pela população. Os mecanismos para que isso ocorra fundamentam-se em um sistema integrado entre as três esferas de governo, que garantam o direcionamento e condução do SUS, conforme estabelece a Constituição Brasileira.

A função de gestão do sistema de saúde compartilhada pelas três esferas de governo tem se caracterizado por modelos distintos nos estados. Porém, muito se avançou no processo de pactuação das responsabilidades e atribuições da União, estados e municípios. Nesse sentido, há consenso entre os gestores sobre as atribuições correspondentes a cada esfera de governo nas áreas de controle, avaliação e regulação da assistência à saúde.

Em 2003, no seminário para construção de consensos do CONASS, os gestores estaduais definiram que a regulação é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Há necessidade de aprofundar essa discussão, no sentido de se estabelecer alguns conceitos, contribuir para o fortalecimento da gestão estadual, incentivar a incorporação de atividades e ações de regulação na garantia do direito à saúde, da universalidade e da integralidade e na construção de redes de atenção à saúde, com eficiência, eficácia e efetividade.²³

2.2 Conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso

O termo regulação, aplicado ao setor saúde no país, tem diversos entendimentos, concepções e práticas. A Noas/SUS 01/2002 disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta. Da mesma forma, a Noas/SUS 01/2002 vinculou o processo e o exercício das ações de regulação às modalidades de gestão estabelecidas por essa norma.

Regulação da atenção à saúde: tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.²⁴

Regulação assistencial: definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles.

²³ CONASS, 2003.

²⁴ BRASIL, 2006.

Regulação do acesso: estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independente de pactuação prévia estabelecida na PPI e/ou da disponibilidade de recursos financeiros.

Embora os conceitos pareçam similares, há uma diferença entre os conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso. O primeiro diz respeito a um conjunto de ações e atividades e inclui a regulação do acesso. A regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador. Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. A diferença aqui estabelecida é que ao se estabelecer a regulação do acesso, nos termos citados anteriormente, a programação assistencial passa a se basear nas necessidades de saúde da população e não na disponibilidade de oferta.

Os complexos reguladores são considerados uma das estratégias da regulação de acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos.

Os complexos reguladores compõem os sistemas logísticos, um dos componentes das redes de atenção à saúde que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde.²⁵

Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e sua gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário entre as três esferas de gestão do SUS.²⁶

²⁵ MENDES, 2006.

²⁶ BRASIL, 2006.

A auditoria assistencial ou clínica é definida como o processo que visa aferir e induzir a qualidade do atendimento, amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

2.3 Política Nacional de Regulação²⁷

As diretrizes operacionais instituídas pelo Pacto pela Saúde, publicado pela portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplaram áreas prioritárias do SUS. Essas diretrizes reafirmam princípios, consolidam processos como a importância da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e possibilitam a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados com vistas a melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde.

Em conformidade com esse processo de descentralização e aprimoramento da gestão do SUS, foi elaborada a proposta que contempla as diretrizes nacionais para a implantação da Política Nacional de Regulação em todas as unidades federadas.

2.3.1 Diretrizes da regulação no Pacto pela saúde

No Pacto pela Saúde como princípios orientadores do processo de regulação, estabeleceram-se:

- cada prestador responde apenas a um gestor;

²⁷ CONASS, 2006.

- a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município, conforme desenho da rede da assistência pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando o termo de compromisso de gestão do pacto e os seguintes princípios:

- da descentralização, municipalização e comando único;
 - da busca da escala adequada e da qualidade;
 - a complexidade da rede de serviços locais;
 - a efetiva capacidade de regulação;
 - o desenho da rede estadual da assistência;
 - a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS;
- a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes;
 - a operação dos complexos reguladores, no que se refere a referência intermunicipal, deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - pelo gestor estadual, que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador;
 - pelo gestor estadual, que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual;
 - pelo gestor municipal, com co-gestão do estado e representação dos municípios da região.

Conforme explicitado por essas diretrizes, a regulação dos prestadores não tem um modelo único para o país. Cada CIB poderá definir o modelo que melhor se adapte à realidade do estado e dos municípios envolvidos.

A regulação assistencial não é prerrogativa de uma esfera de governo, exclusivamente. Porém, vale destacar nessa premissa o papel fundamental das Secretarias Estaduais de Saúde na garantia do acesso do cidadão, notadamente nas referências intermunicipais.

2.3.2 Responsabilidades do gestor estadual na regulação assistencial

- a) Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- b) manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nessa atividade;
- c) elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;
- d) controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou à autorização prévia, quando couber;
- e) operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;
- f) coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências, de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;
- g) estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;
- h) participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;
- i) operar os complexos reguladores no que se refere a referência intermunicipal, conforme pactuação;
- j) monitorar a implementação e a operacionalização das centrais de regulação.

2.3.4 Implantação da Política Nacional de Regulação

A Política Nacional de Regulação do SUS propõe os seguintes eixos a serem operacionalizados pelos gestores, em consonância com o estabelecido nas diretrizes “regulação da atenção à saúde” e “regulação assistencial” do Pacto de Gestão:

a) implantação e/ou implementação de complexos reguladores: é uma das estratégias de regulação assistencial, consistindo na articulação e integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e exames, protocolos assistenciais com a contratação, o controle assistencial e a avaliação, assim como com outras funções da gestão como a programação e a regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão ser pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

b) implantação de sistemas informatizados de regulação: utilizados para gerenciar e operacionalizar as funções das centrais de regulação, que possuem os seguintes objetivos:

- distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;
- distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
- acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios;
- permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
- identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
- subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;
- permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.

As funcionalidades gerais de um sistema de regulação abrangem:

- permitir o controle de acesso dos usuários do sistema informatizado;
- configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante e/ou solicitante), à oferta e à complexidade da mesma;

- configurar a PPI para a população própria e referenciada, sua validade e o controle financeiro;
- configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro;
- permitir a hierarquização entre as centrais de regulação;
- interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH);
- gerar arquivos para bases de dados nacionais;
- gerar relatórios operacionais e gerenciais.

c) instituição de diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS: a contratualização de todos os prestadores de serviço do SUS que ainda não têm contrato formalizado com o gestor é uma das metas do pacto de gestão, com prazo até 23 de fevereiro de 2007.

d) capacitação e educação permanente das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo, para a operacionalização das ações de regulação: o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Drac) e do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), realiza, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais, o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. O objetivo principal é a transformação das práticas nessas áreas, incorporando saberes e adequando-os às atuais necessidades da gestão do SUS, além da proposta de multiplicação em larga escala em todo território nacional.

O Ministério da Saúde está propondo a efetivação dessa política por meio de duas portarias: a que institui a Política Nacional de Regulação, que será efetivada mediante a ação de complexos reguladores e estabelece os eixos que orientaram essa política, e a portaria da SAS/MS n. 494, de 30 de junho de 2006, que define recursos financeiros para todas as UF para implementação e/ou implantação dos complexos reguladores nos estados e municípios.

Considerando a necessidade de se avançar no processo de regulação dos prestadores, foram estabelecidas as seguintes metas para o pacto de gestão, que devem ser alcançadas até 23 de fevereiro de 2007:

- contratualização de todos os prestadores de serviços;
- colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;
- extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, é a responsável no Ministério da Saúde pelo sistema de regulação.

2.4 Mecanismos e instrumentos de regulação assistencial

A regulação assistencial, como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão, institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas. Nesse sentido, o processo regulatório, ao atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para ampliar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função.

Desse modo, a regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, pressupondo:

- a realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência;
- a definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas unidades na rede assistencial e a responsabilização dos gestores municipais na rede de atenção à saúde;

- a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com os processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação;
- a delegação, pelo gestor competente, de autoridade sanitária ao regulador, quando se fizer necessário, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação do acesso, instrumentalizada por protocolos clínicos, e as linhas de cuidado previamente definidas. Para o desempenho das funções de regulação da assistência é necessária a utilização de instrumentos de apoio, tais como:

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- central de regulação, destinada a análise e deliberação imediata sobre problemas de acesso do paciente aos serviços de saúde;
- protocolos clínicos, que definem o elenco de recursos terapêuticos mais adequados para cada situação clínica;
- complexos reguladores com centrais de leitos, consultas especializadas e exames, destinadas ao atendimento da demanda de consultas, exames e internação de pacientes, permitindo o acompanhamento da PPI e das referências;
- comissões autorizadoras de procedimentos de alta complexidade e de internações, para organizar os processos, mecanismos de controle e avaliação e as referências desse elenco de procedimentos;
- manuais dos sistemas de informação;
- indicadores e parâmetros assistenciais de necessidade de oferta e de produtividade;
- instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação do usuário.

2.5 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é determinado pelas portarias GM/MS n. 1.890, de 18 de dezembro de 1997, e SAS/MS n. 33, de 24 de março de 1998, e normatizado pela portaria SAS/MS n. 511, de 29 de dezembro de 2000. O cadastro compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de área física, recursos humanos, equipamentos e serviços ambulatoriais e hospitalares.

É base para o Cartão Nacional de Saúde dos profissionais que executam ações e serviços de saúde pelo SUS.

O CNES proporciona o suporte para operacionalizar os sistemas de informações em saúde, sendo estes imprescindíveis para um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia também, ao gestor, o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no processo de planejamento, programação, controle e avaliação da assistência, assim como o acompanhamento da realização dos procedimentos comparado com a capacidade instalada do prestador e a apresentação da fatura de serviços.

O CNES abrange a totalidade dos hospitais existentes no país, assim como a totalidade dos estabelecimentos ambulatoriais vinculados ao SUS e, ainda, estabelecimentos de saúde ambulatoriais não vinculados ao SUS. Estes últimos devem ser cadastrados em duas etapas. Na primeira, estabelecimentos privados que executam serviços de patologia clínica, radiologia, terapia renal substitutiva, radioterapia, quimioterapia, hemoterapia, ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia intervencionista e tomografia computadorizada. Na segunda fase, de acordo com cronograma estabelecido pelos gestores estaduais e municipais, demais estabelecimentos ambulatoriais.

Estabelecimentos de Saúde (ES) – denominação dada a qualquer local destinado à realização de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade. Para efeito do cadastro, o Estabelecimento de Saúde poderá ser tanto um hospital de grande porte, quanto um consultório médico isolado ou, ainda, uma unidade de vigilância sanitária ou epidemiológica.

São previstas as seguintes etapas no processo de cadastramento:

- a) o fornecimento da informação por parte do responsável pelo Estabelecimento de Saúde, por meio de preenchimento de um formulário disponível via internet, em disquetes ou em papel. Essa etapa é utilizada de modo opcional pelo gestor responsável pelo cadastramento, o qual deve orientar os estabelecimentos localizados em seu território, sobre o seu adequado preenchimento;
- b) verificação in loco, de competência do gestor, para validar as informações prestadas pelos Estabelecimentos de Saúde;

- c) encaminhamento dos dados pelo gestor ao Datasus, que é responsável pela inclusão da unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde;
- d) certificação do processo de cadastramento do estado, sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

As Fichas de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (FCES), além de serem enviadas ao banco de dados em meio magnético, devem ser arquivadas no Estabelecimento de Saúde e no departamento, serviço ou seção de controle e avaliação dos gestores, devidamente assinadas por funcionários responsáveis pela equipe de cadastramento, pela unidade e por gestores públicos ao qual o estabelecimento está vinculado no sistema de saúde, pois são documentos oficiais do Sistema.

Na página da Internet do Ministério da Saúde está disponível o endereço da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) – www.saude.gov.br/sas – onde podem ser encontradas informações relativas ao processo de cadastramento. Assim como pelo e-mail cgsi@saude.gov.br para esclarecimentos de questões relativas ao cadastramento, de forma a oferecer maior segurança quanto ao preenchimento dos formulários, tanto para os responsáveis pelos Estabelecimentos de Saúde, quanto para os gestores.

As atividades de coordenação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde são de responsabilidade da Coordenação Geral de Sistema de Informação –CGSI/Drac/SAS/MS.

2.6 Cartão Nacional de Saúde

O Cartão Nacional de Saúde foi implantando como forma de identificar os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), explicitando ao mesmo tempo sua vinculação a um gestor e a um conjunto de serviços bem definido. O Cartão tem uma numeração nacional, que permite identificar o cidadão com o seu sistema (municipal ou estadual) e agregá-lo ao sistema nacional garantindo seu atendimento em todo o território nacional.²⁸

²⁸ BRASIL, 2000.

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.²⁹

A utilização da base de dados deverá ter como finalidade única a gestão dos serviços de saúde pelas diferentes esferas de governo, não podendo sob nenhuma hipótese servir a fins comerciais ou outros que venham ferir os direitos constitucionais do cidadão. Para tanto, em paralelo a ações de implementação do Cartão, salvaguardas estão sendo elaboradas de maneira a contemplar a normatização e a criação de mecanismos de garantia, não apenas desses direitos, como também de questões relativas às diretrizes que se seguem:

- em nenhuma circunstância, o fato de o indivíduo possuir ou não o Cartão Nacional de Saúde poderá ser utilizado como forma de coação ou de obstáculo ao seu acesso aos serviços de saúde;
- quaisquer informações decorrentes da utilização do Cartão, que sejam identificadoras ou diretamente correlacionáveis com os usuários, serão consideradas confidenciais e sujeitas às mesmas normas éticas que regulam o acesso aos prontuários médicos e ao seu uso, bem como a sanções legais, civis, administrativas e penais se comprovada a quebra de sigilo;
- os aplicativos de software e bases de dados, direta e indiretamente relacionados ao Cartão Nacional de Saúde, deverão ser administrados pelos gestores públicos de saúde nas três esferas de governo e/ou sob sua coordenação e responsabilidade diretas;
- o Cartão Nacional de Saúde, assim como os aplicativos de software e equipamentos a ele relacionados, devem ser considerados como estratégia e instrumento de apoio à plena implementação do SUS, o que implica em:

²⁹ BRASIL, 2006.

- ter seu uso regulamentado em conformidade com as diretrizes definidas pela Constituição e pela Lei n. 8.080/90, ou seja, respeitando as premissas de universalidade, equidade e integralidade do sistema e seus princípios de descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços;
- respeitar os investimentos públicos já realizados para o aporte de informações necessárias à gestão do SUS, devendo assim contribuir para a manutenção e aperfeiçoamento dos Sistemas de Informações de Base Nacional e para sua estruturação administrativa, subsidiando e induzindo a utilização de sistemas gerenciais de estabelecimentos de saúde e de centrais de regulação de interações e de procedimentos ambulatoriais.

2.6.1 Objetivos do Cartão

O Cartão Nacional de Saúde tem como objetivo a modernização dos instrumentos de gerenciamento da atenção à saúde. A utilização de tecnologias, conjugando informática e telecomunicações, permitirá dotar o SUS de uma rede integrada para a realização de variada gama de operações e captura de informações.

Sua característica fundamental é possibilitar ao SUS a capacidade de identificação individualizada dos usuários. Para tanto, é constituído o cadastro dos usuários do SUS e cada cidadão terá um cartão identificador que facilitará seu acesso ao SUS. Vale notar que o Cartão será de uso e abrangência nacional, mas referido ao município de domicílio do usuário.

2.6.2 Diretrizes de implantação

O projeto do sistema do Cartão Nacional de Saúde tem abrangência nacional e envolve o uso de tecnologias da informação, destacando-se os seguintes aspectos:

- é um projeto de longo prazo, que demanda vários anos para sua completa implantação;

- tem requisitos e objetivos que são atualizados constantemente, em razão da necessidade de revisões periódicas coerentes com as demandas no tempo e pelas mudanças do contexto, muitas delas causadas pela introdução de partes do sistema em operação;
- tem múltiplas funções e/ou objetivos, cada qual demandado por um conjunto específico de interessados;
- utiliza tecnologias com variados graus de avanço ou obsolescência, em consequência da necessidade de compartilhar novas soluções tecnológicas com sistemas já existentes, durante seu longo prazo de implantação e evolução.

2.6.3 Aplicativos desenvolvidos para realização do cadastro dos usuários

CADSUS: aplicativo de cadastro e manutenção de usuários do Sistema Único de Saúde e seus domicílios de residência, destinado as Secretarias Municipais de Saúde.

CADSUS Simplificado: cadastro de usuários destinados às unidades de saúde. Sem informações de domicílio, mas com obrigatoriedade de motivo de cadastramento e de número provisório.

CADWEB: tem por finalidade o cadastramento via Internet dos usuários do Sistema Único de Saúde. É mais uma ferramenta da metodologia de implantação do Cartão Nacional de Saúde em todo o território nacional. Seu acesso pode ser feito pelos endereços www.datasus.gov.br/cadweb e <http://cartaonet.datasus.gov.br>.

Crítica CADSUS: aplicativo recomendado para municípios ou unidades de saúde que já possuem sistema de informação e desejam apenas enviar o conteúdo de suas bases. Permite entrada de dados cadastrais captados em nível municipal por aplicativos externos ao sistema CADSUS, para obtenção do número do Cartão Nacional de Saúde.

Centralizador: entrada de dados cadastrais captados em nível municipal por aplicativos externos ao sistema CADSUS, para obtenção do número do Cartão Nacional de Saúde. Atualmente, as ações relativas ao Cartão Nacional de Saúde estão sob a responsabilidade do Datasus/MS.

2.6.4 Situação atual do Cartão Nacional de Saúde

O Cadastro Nacional de Usuários do SUS foi instituído pela portaria n. 17, de 4 de janeiro de 2001. A proposta de expansão do Cartão Nacional de Saúde tinha como suporte a probabilidade de contar com recursos do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicação – FUST para viabilizar a conectividade e os equipamentos necessários para o uso do cartão nas unidades de atendimento do SUS, contudo até o presente momento isto não ocorreu³⁰.

Os estados e municípios aderiram maciçamente à proposta e realizaram um amplo trabalho de cadastramento dos usuários, que resultou em dezembro de 2006, em 121.904.818 de usuários cadastrados, representando 68,92% da população brasileira. Destes foram validados cerca de 100 milhões de cadastros e emitidos pelo Ministério da Saúde cerca de 23 milhões de cartões³¹. Desta forma, pode-se afirmar que municípios e estados desempenharam suas atribuições no processo de implantação e expansão do Cartão. Entretanto, os processos de responsabilidade de execução por parte do Ministério da Saúde não se efetivaram na mesma velocidade e amplitude, isto se demonstra na emissão de apenas 27% de cartões dos usuários cadastrados.

São identificados pelos gestores estaduais e municipais alguns problemas com relação ao Cartão tais como: a manutenção de um modelo centralizado pelo Ministério da Saúde de cadastramento e emissão de cartões; a não disponibilização da base, para municípios que dispõem de uma base cadastral adequada e tem envidado esforços para utilizar a sua identificação; a indefinição de processos para viabilizar a disponibilidade permanente e sistemática das bases cadastrais; a falta de retorno dos dados aos gestores; e indefinição da forma de financiamento.

Considerando a necessidade de se avançar no processo foi constituído um grupo de trabalho, com representação tripartite, para analisar e propor ajustes necessários tanto do ponto de vista tecnológico como dos aspectos normativos, organizacionais, e operacionais, dos processos e fluxos de identificação dos usuários, definido em um plano de reorientação do Cartão SUS.

³⁰ BRASIL, 2001.

³¹ Ministério da Saúde. Relatório final dos trabalhos da Comissão de Reorientação do Cartão Nacional de Saúde. Dez. 2006. BRASIL, 2006.

Ao longo da última década os estados e municípios desempenharam suas responsabilidades nesse processo, e, portanto reafirmam a relevância e importância da continuidade no processo de identificação dos usuários e do cartão nacional de saúde, contudo é necessário que o Ministério da Saúde assuma efetivamente suas responsabilidades de coordenação dessa política de identificação, e do sistema de informação do cadastro dos usuários. Assim como, garanta apoio técnico, financeiro e operacional aos estados e municípios na execução desse processo.

2.7 Implantação dos complexos reguladores nos estados

Os gestores de saúde são solicitados constantemente a atualizarem suas estruturas e processos às necessidades de saúde da população e a adequem-se aos conceitos de gestão pública para a área da saúde. Isso se dá tanto pelas demandas do próprio cidadão por melhorias no setor, como pelas inovações tecnológicas atuais e pela necessidade dos governos de avançarem no seu papel regulador da oferta e da demanda/necessidade para as ações e serviços de saúde.

A implantação de complexos reguladores, que pode ser de abrangência estadual, regional e/ou municipal, objetiva formar uma rede integrada de informações relativas à oferta disponível de serviços, para maior agilidade no atendimento à população, com especial atenção às situações de risco iminente de vida e, como resultado de sua aplicação, melhoria do acesso aos serviços de saúde e controle e avaliação sobre os serviços ofertados.

Como objetivos específicos destacam-se:

- organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do sistema de saúde mais adequado e oportuno, com base nos protocolos clínicos e linhas de cuidado;
- organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-la às necessidades e demandas da população;
- oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;

- otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- subsidiar o processo de controle e avaliação;
- subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A implantação dos complexos reguladores faz parte da reorganização da assistência à saúde e contempla a implantação de centrais de consultas, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de leitos, e também de centrais de regulação de urgência e de um processo de regulação assistencial que considere os aspectos clínicos e os fluxos assistenciais para o acesso. Nesse sentido, o processo regulatório, ao atuar positivamente sobre o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, para ampliar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função.

Nesses casos, as centrais introduzem a figura do regulador, que atua sobre as consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico para os quais não há agenda ou recursos disponíveis, porém há a necessidade de garantir o atendimento. Na central de regulação das internações, o regulador atua sobre as situações que necessitam de internações de urgência. Na central de regulação de urgência, atua sobre as situações que requerem intervenção imediata, que podem gerar a necessidade de atendimento ambulatorial ou hospitalar de urgência.

2.7.1 Regulação das referências

É papel do gestor estadual:

- criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da Programação Pactuada e das referências intermunicipais;
- monitorar o cumprimento efetivo dos termos de compromisso para garantia de acesso, por meio de relatórios trimestrais com informações mensais, acompanhando os fluxos das referências;

- identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários;
- intermediar o processo regulatório quando os fluxos pactuados no nível regional ou microrregional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços necessários, articulando com a central de regulação e intervindo para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência;
- prestar apoio técnico aos gestores municipais para o exercício das funções de controle, avaliação e regulação;
- intermediar acordos entre municípios em relação às condições estabelecidas para o encaminhamento de usuários.

2.7.2 Centrais de marcação de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico

Destinam-se ao gerenciamento das ações de saúde ambulatorial que não têm resolubilidade na atenção primária à saúde, isto é, no encaminhamento do usuário que necessita de consultas com especialistas, de exames especializados ou de terapias.

Para garantir aos pacientes a melhor alternativa terapêutica, mesmo em situações de demanda reprimida ou de escassez de recursos do município, é necessária a presença do regulador. O regulador avalia a necessidade do caso pelo laudo médico, consulta a disponibilidade assistencial mais adequada nas unidades de saúde mais próximas e autoriza a execução dos procedimentos necessários, baseado nas evidências clínicas e na Programação Pactuada Integrada (PPI), se o caso envolver referências intermunicipais.

2.7.3 Central de internação hospitalar

Permite o gerenciamento da disponibilidade de oferta e da necessidade de procedimentos que envolvem a prestação de serviços hospitalares, tanto eletivos como de urgência. A central de internação hospitalar deve permitir a visualização do mapa de leitos das unidades executantes e o registro das altas hospitalares.

2.7.4 Unidade solicitante

O gestor, ao definir o seu complexo regulador, deve estabelecer quais são as unidades solicitantes do sistema. Uma unidade solicitante pode ser qualquer tipo de estabelecimento de saúde (unidade básica, especializada ou hospital) que necessite encaminhar pacientes para internações, consultas, exames ou terapias especializadas, por insuficiência ou indisponibilidade da ação requerida.

Uma unidade solicitante pode ser também um centro especializado ou um hospital que trabalhe com procedimentos de alta complexidade e que necessite encaminhar o usuário a diferentes especialistas, muitas vezes dentro do mesmo estabelecimento. Nesse caso, é comum uma mesma unidade se comportar como solicitante e executante no sistema.

2.7.5 Unidade executante

As unidades executantes são estabelecimentos que executam procedimentos de média e alta complexidade e que possuem profissionais médicos de diferentes especialidades clínicas e recursos diagnósticos e terapêuticos. Podem ser unidades executantes: os hospitais, os centros ou as clínicas especializadas.

As unidades executantes recebem usuários encaminhados por unidades básicas de saúde, de outras unidades especializadas e hospitais e até mesmo por profissionais do mesmo estabelecimento, (nesse caso, a unidade é ao mesmo tempo solicitante e executante).

2.7.6 Reguladores

As atividades dos reguladores se situam na interface entre a rotina clínica e a gestão dos serviços, coordenada pela Secretaria Municipal ou Estadual de Saúde. O regulador intervém tanto no agendamento de consultas e exames especializados (quando a agenda estiver lotada ou quando a oferta disponível não está prevista em determinada região) como também em situações de internações de urgência. Sua função é checar as evidências clínicas do caso e encaminhar o paciente, mesmo na ausência de agenda ou de recursos, a uma unidade executante a fim de garantir a melhor opção terapêutica possível.

2.7.7 Gestores

Ao implantar um complexo regulador por meio de um sistema informatizado de regulação do acesso é necessário estabelecer quem deve exercer a gestão, que pode ser das Secretarias Municipais de Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou ainda ambos trabalhando conjuntamente. Esse processo deve ser pactuado na CIB.

2.7.8 Coordenadores

O gestor pode nomear coordenadores para que se dediquem à operação da central de regulação. Os coordenadores são profissionais responsáveis pela administração dos serviços da central, o que inclui desde a negociação com os prestadores de serviço e a relação com os profissionais de saúde até aspectos epidemiológicos da sua região.

2.8 Sistemas de informação³²

Considerando a necessidade de estabelecer uma política nacional de regulação assistencial, foi indispensável desenvolver um sistema informatizado para apoiar as atividades dos complexos reguladores. Dessa forma, em 2001 a Secretaria de Atenção à Saúde, em parceria com o Datasus, desenvolveu o Sisreg, que é um sistema de informação para apoiar os gestores na função de regulação do acesso.

O Sisreg é um sistema de informações on-line disponibilizado pelo Datasus para o gerenciamento e operação das centrais de regulação. É um programa (software) que funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. O Sisreg é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH).

O sistema é acessado pelo portal Sisreg, pertencente ao Ministério da Saúde e cujo endereço é <http://www.portalsisreg.epm.br/sisreg.php>. Esse sistema informatizado é destinado a facilitar a operação, gerenciamento e obtenção de informações nos complexos reguladores, e foi concebido de forma modular, permitindo o desenvolvimento e a introdução de soluções de parâmetros locais. O primeiro módulo desenvolvido é destinado ao gerenciamento da assistência ambulatorial (consultas e exames especializados). Os demais módulos envolvem a assistência hospitalar (controle de leitos).

Esse sistema, de utilização não obrigatória pelos estados e municípios, passou a ser implantado nas secretarias que o solicitassem, tendo sua manutenção assegurada pelo próprio Datasus. A Secretaria de Atenção à Saúde definiu o Sisreg como instrumento de referência para disponibilização pública e gratuita e facultou a utilização de outros sistemas pelos diversos entes federados, desde que para isso não houvesse qualquer apoio financeiro do Ministério da Saúde.

³² BRASIL, 2006.

2.8.1 Considerações sobre os sistemas de informação para regulação do acesso³³

Desde 2004, o CONASS tem discutido na sua Câmara Técnica de Informação e Informática (CTIIS) os sistemas de informação para regulação do acesso, assim como esses sistemas definidos como prioritários para atuação no âmbito do Grupo de Trabalho de Informação e Informática da Comissão Intergestores Tripartite. Como parte desse trabalho, o CONASS realizou um levantamento nas SES sobre os sistemas de informação existentes voltados a essa finalidade e as dificuldades percebidas para o seu desenvolvimento, aperfeiçoamento e/ou implementação.

Nesse levantamento, três secretarias declararam não ter nenhum desses sistemas implantados ou em implantação, duas tinham já implantado o Sisreg e quatro estavam implantando. Outros sistemas de regulação eram utilizados em quatro SES e estavam em implantação em outras quatro. Dez Secretarias não responderam ao questionário.

Os maiores problemas por elas percebidos foram: 1) escassez de conhecimentos (inclusive conceituais) sobre regulação em todos os níveis para orientação dos trabalhos de implantação desses complexos e ausência de apoio técnico por parte do Ministério da Saúde; 2) existência de sistemas diferentes em municípios pólo e nas SES; 3) insuficiência de recursos humanos capacitados; 4) inexistência de rede de conectividade e equipamentos em muitas unidades, municípios e regionais; 5) escassez de recursos de investimento e custeio de complexos reguladores; 6) inexistência de protocolos de regulação e normas operacionais nacionais; e 7) limitações do Sisreg ou de outros sistemas utilizados e/ou demora do aperfeiçoamento do Sisreg.

Em reunião por videoconferência, começou a ser encubada a proposta que viria a ser incorporada à Política Nacional de Regulação da Assistência em 2006, ainda em processo de tramitação no Conselho Nacional de Saúde. Além da elaboração dessa proposta, no decorrer dos anos de 2004 e de 2005 outros acontecimentos correlatos mereceram destaque:

³³ CONASS, 2006.

- passaram a ser desenvolvidos, por secretarias municipais de saúde (SMS) selecionadas, outros sistemas de informação para a regulação a partir da cessão do fonte do Sisreg pelo Datasus (Aracaju, Belo Horizonte, São Paulo e Campinas);
- diversas SES e SMS desenvolveram seus sistemas próprios;
- novas versões do Sisreg foram desenvolvidas, aperfeiçoadas e disponibilizadas pelo Datasus.

Ainda, muitas empresas privadas de processamento de dados que participaram destes processos incorporaram esse conhecimento e passaram a oferecer seus produtos às demais SES e SMS. No segundo semestre de 2005, foi discutida na CTIIS a necessidade de realização de uma oficina de trabalho que propiciasse um debate mais extensivo sobre os diversos aspectos envolvidos nesse tema e que pudesse subsidiar os processos de tomada de decisão dos gestores estaduais. Nessa mesma época, a direção do Datasus decidiu interromper as correções, melhoramentos e implantações do Sisreg 2, substituindo-o em 2006 por um novo aplicativo, completamente diferente do anterior, mas ainda assim denominado Sisreg 3.

2.8.2 Pré-requisitos e funcionalidades de um sistema de informação para regulação³⁴

Como resultado do debate realizado nas reuniões da CTIIS do CONASS e da oficina de trabalho que discutiu o tema, foram definidos alguns aspectos, configurando-se ora como pré-requisitos, ora como funcionalidades dos sistemas de regulação:

- necessidade de criação ou adoção de conceitos de regulação ou termos relacionados, para definição de escopo e estratégia de trabalho, por exemplo:

³⁴ CONASS, 2006.

- “...denominamos ‘complexo regulatório’ ao conjunto de iniciativas que visam articular os instrumentos e tecnologias em processos, facilitando o acesso às distintas modalidades assistenciais” (SMS/Aracaju);
 - “Sua atuação ocorre *pré-factum* e *não pós-factum*. Ou seja, a regulação se dá antes da efetivação de determinados procedimentos de atenção, analisando, à luz de protocolos de regulação pactuados, a intervenção mais adequada ao atendimento da demanda (...) Os médicos reguladores atuam, assim, como ‘advogados de defesa’ dos interesses/necessidades dos usuários...” (SES/RJ);
- adequação às condições do local em que serão implantados, em especial às questões de escala: é consenso a necessidade de definição do território em que o sistema será implantado, abordando a população a ser coberta e as características da rede assistencial (número de estabelecimentos, distribuição por nível de complexidade e, no caso das SES, número de municípios e regionais);
 - clareza sobre os objetivos a serem alcançados com a implantação destes sistemas: observa-se que o teor desses motivos e expectativas é variável entre as experiências já implantadas, mostrando-se como o mais freqüente a sua utilização como estratégia para organização de fluxos de atenção (agilização e qualificação de fluxos, conformação de fluxos/linhas de produção do cuidado, viabilização de referências intermunicipais e promoção de equidade de acesso);
 - necessidade de mapeamento de unidades e fluxos operacionais: é necessário haver coerência entre o sistema de regulação e o modelo assistencial adotado e a estruturação prévia das redes assistenciais, em contraponto com os que acreditam que o sistema de regulação pode se configurar como estratégia para a estruturação dessa rede e a construção do modelo assistencial.
 - necessidade de estabelecimento de protocolos para referenciamento na rede de serviços: a definição de protocolos clínicos e os fluxos assistenciais são a base que orientam a conformação dos sistemas de informação;
 - objetos da regulação de acesso: são citadas diversas combinações entre as áreas pré-hospitalar de urgência, urgência hospitalar, leitos hospitalares, consultas de especialidades e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, sendo ressaltada a necessidade de integração entre todas essas áreas. Algumas Secretarias têm sistemas “dedicados” (só leitos, por exemplo) e entendem ser esse um primeiro passo para a regulação de toda a rede de atenção;

- planejamento prévio da rede de comunicação (conectividade), do equipamento necessário e das opções de abordagem disponíveis; em alguns projetos implantados houve a aquisição de equipamentos para todas as unidades objeto da regulação e provimento de conectividade. Em outros, ocorreu a negociação e distribuição de custos entre os interessados e, em outros ainda, foi utilizada a capacidade já instalada;
- sobre os custos dos sistemas: na avaliação das SES, são considerados caros o desenvolvimento, implantação e manutenção destes sistemas. A avaliação é de que o custo de desenvolvimento e de manutenção do software não é expressivo em relação ao total (em torno de 12%), recaindo a maior necessidade de gastos na aquisição e manutenção de equipamentos e conectividade.

2.8.3 Contornos tecnológicos para sistemas de regulação

A partir da oficina de trabalho do CONASS realizada sobre sistemas de informação para a regulação, recomenda-se que:

- o Datasus desenvolva aplicativos públicos de regulação que possam ser utilizados, de forma opcional, por municípios e estados;
- sejam definidos elementos de comunicação e troca de informações, inclusive em tempo real, via Internet, entre sistemas heterogêneos;
- os protocolos clínicos e os protocolos de regulação possam usar regras definidas de forma independente das tecnologias dos diversos sistemas de regulação;
- os sistemas tenham capacidade de interoperar, entre si, ou seja, de realizar operações transacionais entre dois ou mais sistemas, em tempo real (existem experiências de interoperabilidade semelhantes, como o InfoSeg – Segurança Pública – e o VisaNet – Comércio e Finanças);
- o acesso, a consulta, a alteração e a inclusão bidirecional nas bases de dados nacionais como CNS, CNES e outras tabelas básicas, devem estar disponibilizadas para os sistemas de regulação em tempo real. Propõe-se que os estados possam, de forma não-compulsória, assumir essas bases para seus cadastros, mantendo a necessária sincronização com as bases mantidas pelo MS;
- sejam asseguradas as condições técnicas de segurança (sigilo e confidencialidade) nos sistemas e nas interfaces entre os mesmos;

- as diferentes aplicações do sistema de regulação devem permitir consultas e solicitações de forma automática entre si, permitindo ao regulador uma maior capacidade de intervir sobre procedimentos não ofertados pelo sistema em uso;
- idealmente, devem ser asseguradas condições técnicas de cargas automáticas de parâmetros operacionais de dados de outros sistemas do SUS.

2.8.4 Propostas

- Com relação às bases nacionais CNES e CNS, deverão ser definidas interfaces baseadas em Internet, WebServices e XML;
- com relação à tabela de procedimentos unificada SUS, esta deverá estar publicada em XML no repositório público;
- deverá ser feita a padronização dos protocolos clínicos e de regulação, em formato XML, a ser disponibilizada em repositórios públicos (MS, SES, SMS) acessíveis por meio da Internet (FTP e http);
- deverão ser criados padrões de webservices para efetuar transações de consulta, inclusão e alteração de informações nas bases CNS e CNES. Esses padrões irão orientar o desenvolvimento destas interfaces pelo Datasus e também pelos estados e municípios que queiram desenvolver soluções próprias. Essas interfaces irão garantir aos estados e municípios a capacidade de gestão de suas bases regionais;
- da mesma forma, deverão ser criados mecanismos de sincronismo entre as bases de diferentes instâncias, para assegurar a consolidação estadual e federal desses cadastros.

Com base nessas proposições, o CONASS tem buscado aprofundar o debate em torno das estratégias e ações relativas à regulação e aos seus instrumentos, objetivando apoiar as SES na definição do seu escopo e na escolha das melhores ferramentas e sistemas para o desempenho da função de garantir acesso.

2.9 Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade³⁵

Em 19 de dezembro de 2001, o Ministério da Saúde publicou a portaria GM/MS n. 2.309, que criou a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). A Central era uma solicitação dos gestores no sentido de organizar a porta de entrada do sistema de saúde para situações em que no território do estado não haja disponibilidade do serviço para atendimento da necessidade do usuário, ou quando, embora exista a oferta de serviço, esta seja insuficiente para atender a demanda. Era também preocupação dos gestores a necessidade de regular o fluxo dos pacientes com necessidade de realização de procedimentos de alta complexidade, que oneravam os limites financeiros de estados e municípios.

Nesse sentido a CNRAC iniciou um processo de organizar e estabelecer mecanismos de regulação da referência interestadual. Foram estabelecidos, pela portaria SAS/MS n. 589 de 27 de dezembro de 2001, grupos de procedimentos para inclusão de pacientes: cardiologia, neurocirurgia, ortopedia, oncologia e epilepsia. Dessa forma, o estado ou município que recebe pacientes de outros estados passa a receber, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec), pelo procedimento realizado. Além de regular o fluxo da referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência hospitalar de alta complexidade, em caráter eletivo, desde que haja ausência ou insuficiência comprovada de oferta de serviços em seu estado de residência, garantindo desta forma o acesso e o financiamento extra-teto dos procedimentos realizados e contemplados pela CNRAC. A CNRAC tem contribuído para estabelecer mecanismos de ampliação da oferta de serviços e identificação dos problemas de acesso do usuário ao sistema.

A ação de financiamento por meio do Faec pretende diminuir o impacto no teto financeiro dos estados e municípios que, historicamente, absorvem grande demanda de pacientes oriundos de outros estados, principalmente dos municípios limítrofes.

³⁵ BRASIL, 2006.

A CNRAC regula especialidades que não estão disponíveis em todo o país e funciona como uma estratégia de regulação para disponibilizar e garantir, de forma equânime e ordenada, o acesso da população, oriunda de qualquer local do país, a essas especialidades. Para avaliar os laudos médicos, a CNRAC conta com equipes consultoras em hospitais de referência nas especialidades reguladas.

Em 6 de fevereiro de 2006, a Secretaria de Atenção à Saúde, considerando a necessidade de otimizar o processo de regulação, controle e avaliação no âmbito dos estados e municípios, com ênfase no processo de regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, e a necessidade de monitorar os recursos financeiros destinados ao custeio das ações e dos serviços de saúde executados, publicou a portaria SAS/MS n. 39, que instituiu a descentralização para os estados do processo de autorização dos procedimentos que fazem parte do elenco da CNRAC, criando as Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade (Cerac).

2.9.1 Central estadual de regulação de alta complexidade

As Cerac interagem diretamente com a CNRAC, estabelecendo o fluxo regulatório final. As informações tramitam integralmente em meio informatizado, restrito aos agentes do processo estabelecido, contemplando desde o cadastro do paciente que necessita de um procedimento de alta complexidade inexistente ou insuficiente em seu estado até o seu deslocamento e a realização do procedimento no estado executante. Cabe à CNRAC promover a comunicação entre as diversas Cerac, sejam elas solicitantes ou executantes do procedimento, e relacionar-se com os hospitais consultores, a fim de estabelecer critérios de inclusão, avaliação de suficiência, pareceres técnicos e protocolos, que visam otimizar o fluxo de informações de pacientes.

A Cerac solicitante é a responsável pelo cadastro do paciente na CNRAC, pela inclusão do laudo médico no sistema informatizado e também pelo deslocamento do paciente e do acompanhante, se necessário, garantindo a chegada em tempo hábil para a realização do procedimento. Também é sua responsabilidade o retorno para o estado de origem, utilizando para isso verba do Tratamento Fora de Domicílio (TFD), conforme portaria SAS/MS n. 55, de 24 de fevereiro de 1999.

A Cerac solicitante é responsável, ainda, em proporcionar ao paciente o meio de transporte mais adequado conforme seu estado clínico. A CNRAC e os hospitais consultores fazem respectivamente a análise dos requisitos que estabelecem a condição do estado solicitante e dos laudos eletrônicos, e indicam a opção assistencial mais adequada para os pacientes, acionando os estados executores para que seja providenciado o agendamento dos procedimentos.

A Cerac executante deve receber a solicitação da CNRAC, identificar a unidade hospitalar que realizará o procedimento e promover o agendamento, repassando todas as informações para o sistema informatizado. Portanto, cabe a Cerac executante buscar, na sua rede de serviços, as unidades hospitalares cadastradas para a realização do procedimento solicitado e responder no menor período de tempo possível sobre a possibilidade de atendimento. Quando confirmada a possibilidade do atendimento pela unidade hospitalar, o agendamento deve ser registrado imediatamente no sistema (SISCNRAC) para que a central solicitante providencie o deslocamento do usuário em tempo hábil.

O Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Drac/SAS/MS), por intermédio da Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, é a área responsável por estabelecer os mecanismos que são utilizados para viabilizar o processo de descentralização, mediante:

- a) adequação de sistema informatizado específico para execução do processo;
- b) sistematização da transferência do processo autorizador para as Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade - Cerac;
- c) monitoramento, a cada três meses, das Autorizações para Internação Hospitalar (AIH) e das Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (Apac) faturadas por meio de relatório formal de análise da produção, assim como dos laudos autorizados sem agendamento, para as providências de atendimento do paciente.

São consideradas Cerac executantes aquelas SES que assumirem o papel de consultor/autorizador, disponibilizem rede de prestadores que executem os procedimentos de alta complexidade contemplados no elenco da CNRAC, possuïrem na sua estrutura organizacional equipe técnica qualificada, com médico regulador/

autorizador, para analisar e autorizar os laudos de solicitação e apresentarem infra-estrutura compatível que permita a utilização do sistema informatizado e dos processos administrativos. É responsabilidade da Cerac executante definir a data de agendamento e o prestador de serviço que irá realizar o procedimento solicitado. Na impossibilidade de execução do procedimento solicitado, deverá informar à CNRAC, que adotará as medidas necessárias ao redirecionamento do laudo de acordo com a capacidade da oferta nacional.

Somente os estados com ausência de serviços nas especialidades de cardiologia, oncologia, ortopedia, neurocirurgia e epilepsia poderão efetuar solicitação na CNRAC. Quando da necessidade da utilização de procedimentos nas especialidades contempladas na CNRAC cuja oferta seja existente na UF solicitante, mas insuficiente, a solicitação só será possível após a avaliação técnica da insuficiência pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde estabelece uma série numérica de AIH/Apac para estados e municípios que atendem usuários encaminhados pelas Cerac e pela CNRAC que permite o ressarcimento de procedimentos por meio do FAEC. É obrigatório o uso do Cartão Nacional de Saúde para a solicitação de procedimentos da CNRAC.

2.10 Proposta de implantação da Câmara Nacional de Compensação de Alta Complexidade

As Secretarias Estaduais de Saúde, no desempenho do seu papel fundamental na garantia do acesso do cidadão, com ênfase no acompanhamento e viabilização das referências intermunicipais e preocupadas em melhorar o sistema de referência e contra-referência, elaboraram a proposta de implantação de uma Câmara Nacional de Compensação de Alta Complexidade. Essa proposta foi apresentada pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo na 7ª Assembléia do CONASS realizada no dia 24 de maio de 2006 e aprovada pelos Secretários, sendo então apresentada, no dia seguinte, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

2.10.1 Objetivos da proposta

- Melhorar o acesso a procedimentos de alta complexidade ambulatoriais e hospitalares nas especialidades de cardiologia, neurologia, ortopedia e oncologia;
- avaliar e organizar o fluxo interestadual de pacientes;
- definir e alocar novos recursos para esses procedimentos;
- aperfeiçoar a CNRAC, atual mecanismo do Ministério da Saúde, pois não contempla todas as necessidades dos usuários e gestores e apresenta algumas dificuldades de operacionalização.

2.10.2 Gastos com alguns procedimentos realizados em 2005

Em 2005, foram gastos com alguns procedimentos de alta complexidade realizados em estados diferentes da procedência do paciente:

- na especialidade de cardiologia, R\$52,6 milhões;
- com procedimentos da neurologia, R\$10,6 milhões;
- com a Oncologia, R\$31,7 milhões;
- com Ortopedia, R\$7,7 milhões.

No total, foram informados procedimentos na ordem de R\$102,7 milhões/ano.

Os estados que recebem maior quantidade de pacientes na cardiologia são:

- em primeiro lugar, São Paulo, com gastos registrados no sistema de informações na ordem de R\$30,2 milhões, o que representa 57,4% do total de atendimentos realizados fora do estado de origem do usuário;
- em seguida o Paraná, com R\$7,3 milhões ou 13,9%;
- Piauí, R\$3,9 milhões ou 7,4%;
- Goiás, R\$3,5 milhões ou 6,7%;
- Distrito Federal, R\$2,1 milhões ou 4,0%; e
- Pernambuco, R\$1,2 milhão ou 2,3%.

Na especialidade de oncologia, os estados que receberam maior quantidade de pacientes foram:

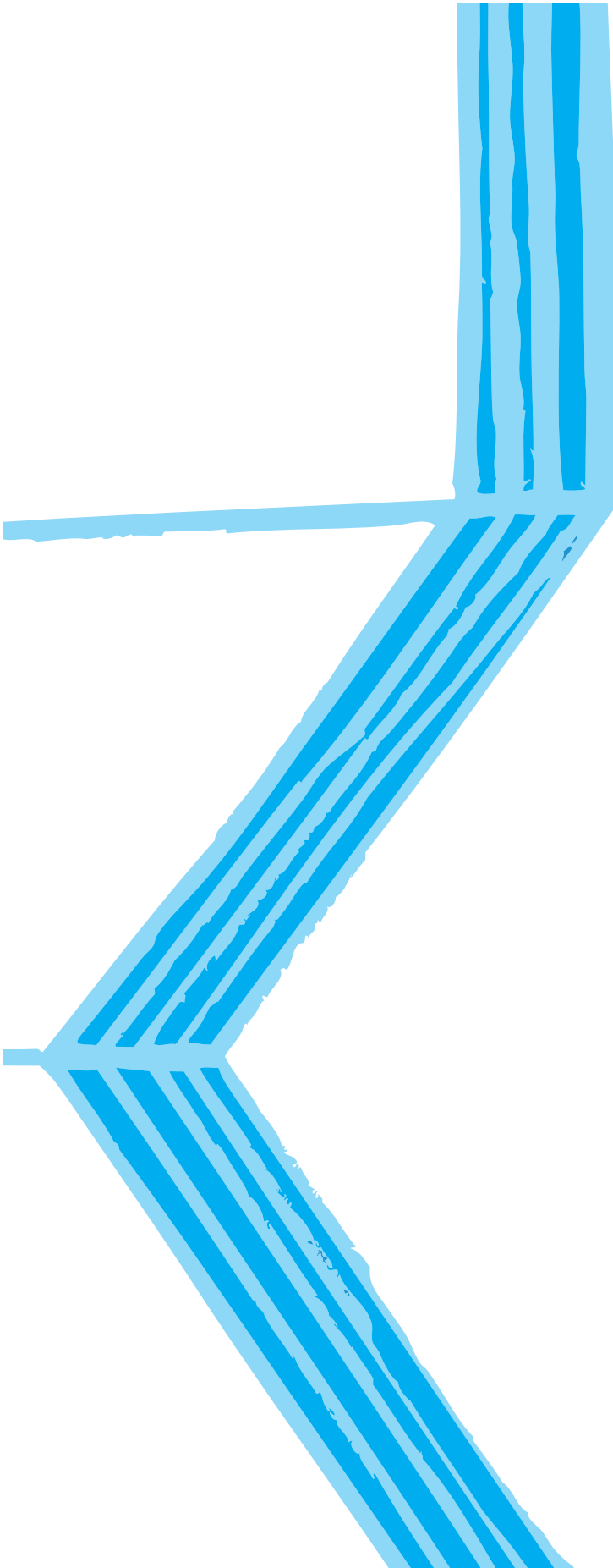
- São Paulo, com gastos de R\$14,4 milhões, representando 45,4% do total de atendimentos registrados realizados em usuários de outros estados;
- Piauí, com R\$6,1 milhões ou 19,2%;
- Goiás, R\$2,6 milhões ou 8,2%;
- Pernambuco, R\$1,9 milhão ou 6,0%; e
- Paraná, R\$1,1 milhões ou 3,5%.

2.10.3 Proposta

- Criação de uma Câmara Nacional de Compensação de Procedimentos de Alta Complexidade nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia e ortopedia;
- garantia de novos recursos federais para o financiamento desses procedimentos;
- estabelecimento de estratégias para melhorar e qualificar o acesso;
- instituição de mecanismos que estimulem a implantação de novos serviços nas especialidades citadas especialmente nos estados das regiões Norte e Nordeste;
- manutenção dos recursos financeiros atualmente gastos com o atendimento de usuários de outros estados, até que se estabeleçam serviços no estado de origem do usuário, sempre de acordo com os princípios de acesso, escala e qualidade.

2.10.4 Operacionalização

Com a implantação do sistema de compensação nacional por meio de uma série numérica específica de AIH e/ou Apac será possível avaliar o quantitativo de encaminhamentos realizados, comparar a capacidade instalada em cada região e identificar os fluxos utilizados pelos usuários que devem ser modificados. A partir dessa avaliação, será possível estabelecer as estratégias e os mecanismos gradativos de correção, além de identificar as regiões do país que necessitam de maior aporte de investimentos e custeio de serviços para ampliar capacidade instalada, bem como mecanismos de capacitação e fixação de profissionais especialistas nessas regiões.

- 
- 3.1 Introdução
 - 3.2 Contratação dos serviços de saúde
 - 3.3 Contratualização
 - 3.4 Modalidades de contratação
 - 3.5 Tipos de contratos
 - 3.6 Plano operativo

3.1 Introdução

Na década de 1970, houve uma grande expansão da oferta e da participação do setor privado na prestação de serviços de saúde, financiada pelo estado. Em muitos casos, isso ocorreu de modo desordenado e sem acompanhamento. Essa participação do setor privado estava pautada na lógica da oferta da rede privada e não considerava as necessidades da população. Além disso, carecia de mecanismos legais que pudessem legitimar a relação entre as partes.³⁶

Nessa época, a contratação e o pagamento do setor privado eram centralizados no Inamps. Com a criação do Sistema Único de Saúde houve a descentralização progressiva dos recursos para estados e municípios, que passaram a assumir a gestão dos serviços de saúde. Atualmente, toda a rede de prestação de serviços do SUS está sob responsabilidade de estados e de alguns municípios e a participação do Ministério da Saúde nesse processo é de apoio técnico e de repasse dos recursos para o custeio das ações assistenciais.

A gestão dos prestadores compreende a definição das necessidades de ações e serviços para atender a população, o estabelecimento dos parâmetros de cobertura assistencial e de qualidade na atenção, a contratação, o acompanhamento, a avaliação e o pagamento aos prestadores de serviços.

³⁶ BRASIL, 2006.

A contratação dos serviços de saúde no Brasil, em muitos locais, por não ser construída com base no planejamento e na avaliação das reais necessidades da população, não define claramente quais serviços, e em que quantidade são necessários à complementação da oferta de ações e serviços pela rede pública. Além disso, não se pode desconsiderar que ainda permanecem no SUS muitos prestadores de serviços sem contratos formais com o gestor e acordos de prestação de serviços são feitos pela pressão da oferta.

A ausência da formalização contratual fere um dos princípios do direito administrativo. De um total de 44.194 estabelecimentos privados existentes no país, cerca de 89% prestam algum tipo de serviço ao SUS, sendo que, destes, apenas 12,4% dos estabelecimentos possuem contratos formalizados.³⁷

Para mudar essa situação e adequar-se à legislação vigente, o gestor deve estar munido de informações suficientes e de instrumentos de regulação e de avaliação, para realizar uma contratação adequada às necessidades de serviços de saúde da população, definindo quais serviços, e em que quantidade, são necessários à complementação da oferta da rede pública. Deverá, também, considerar a Programação Pactuada e Integrada (PPI), a qual deverá identificar os serviços que serão contratados segundo a lógica hierarquizada e regionalizada, obedecer às diretrizes estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e estabelecer mecanismos formais para contratação dos serviços.

3.2 Contratação dos serviços de saúde

Contratação é o ato ou efeito de contratar; é o acordo estabelecido entre o gestor e o prestador que entre si transferem direito ou se sujeitam a uma obrigação.

Segundo a Constituição Federal de 1988 e a Lei n. 8.080/1990, são consideradas atribuições, tanto do gestor estadual como do gestor municipal, a gestão e a execução de serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo eles

³⁷ BRASIL, 2005

recorrer de forma complementar aos serviços ofertados pela rede privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária.

Ainda de acordo com a Lei n. 8.080/1990, a participação da iniciativa privada deverá se dar de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Compete ao Ministério da Saúde estabelecer diretrizes para orientar os gestores estaduais e municipais no processo de contratação dos serviços privados contratados de assistência à saúde.

A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelece de forma clara os direitos e deveres de cada uma das partes, legítima o repasse de recursos públicos para o setor privado, define mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços.³⁸

Entretanto, deve ser lembrado que, antes da formalização contratual, é imprescindível planejar a compra de serviços com base no diagnóstico das necessidades de saúde da população e na capacidade de oferta da rede pública. A definição do escopo, quantidade, e qualidade dos serviços a serem contratados deve ter como base os protocolos assistenciais e as linhas de cuidado, bem como as prioridades definidas pelo gestor no seu plano de saúde.

As bases legais para formalização de contratos e convênios são as Leis n. 8.666, de 21 de junho de 1993, e n. 9.648, de 27 de maio de 1998. A Lei n. 8.666 institui as normas para licitação e contratos da administração pública e traz, no seu artigo 55, as cláusulas necessárias para compor qualquer contrato firmado entre o gestor público da saúde e os prestadores de serviços de saúde. A Lei n. 9.648, de 27 de maio de 1998, altera dispositivos da Lei n. 8.666, incluindo a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo para as atividades contempladas no contrato de gestão.

³⁸ BRASIL, 2006.

3.2.1 Regulamentação do processo de contratação

Embora a contratação de serviços de saúde no SUS, seja preocupação dos gestores há muito tempo, ainda existem vários serviços sem contratos formalizados com os gestores. Os gestores, preocupados com a atual situação de informalidade na prestação de serviços complementares ao SUS, e no sentido de aprimorar o processo de formalização dos contratos, introduziram, no Pacto de Gestão - 2006, a meta de contratualização de todos os prestadores de serviço no prazo de um ano e da colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação. Para avaliar essa meta, foi definido como indicador o índice de contratualização, que mede o percentual de unidades conveniadas ao SUS (privadas e/ou filantrópicas) que estão com o contrato regular e a informação da sua publicação.

Em fevereiro de 2006 o Ministério da Saúde, publicou portaria n. 358, que instituiu diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde. Porém, como a portaria não foi pactuada entre os gestores estaduais e municipais, e versava sobre questões de responsabilidade de estados e municípios, o CONASS solicitou a sua revogação. O Ministério da Saúde concordou com a revogação da referida portaria mediante sua substituição. Durante o ano de 2006, houve esforços das representações dos três entes federados no sentido de construir uma nova redação para a portaria, entretanto não houve acordo no detalhamento do texto.

O CONASS também enviou ao Ministério da Saúde argumentos contrários à sua publicação:

- a Lei n. 8.666/1993 já regula todos os acordos e contratos no âmbito da administração pública;
- a Lei n. 8.080/1990 define que os prestadores filantrópicos têm preferência na contratação de serviços para o SUS;
- os gestores estaduais e municipais estão sujeitos às regras e à fiscalização dos tribunais de contas dos estados e só podem assinar contratos ou convênios mediante parecer de suas assessorias jurídicas.

Portanto, os gestores estaduais entendem que não cabe ao Ministério da Saúde criar regras na especificidade detalhada na portaria publicada. No entanto, reconhecem que o Ministério da Saúde deve orientar os gestores por meio de publicação de manuais de orientações para a contratualização ou outro instrumento orientativo.

O que está em questão não é a competência da União para a edição de normas gerais sobre a saúde, no seu papel gestor, claramente definida na Constituição Federal. O que está sendo examinado é a matéria abordada na portaria – participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS –, sendo que, atualmente, o gestor federal não tem sob sua gestão serviços de saúde, uma vez que todos os serviços de saúde que prestam atendimentos ao SUS estão sob gestão de estados e municípios.

A gestão compartilhada do SUS é baseada em pactuação de competência e responsabilidades sem ferir a autonomia dos entes federados. Cabe à legislação federal revelar apenas as linhas e diretrizes essenciais e gerais do sistema de saúde, enquanto a legislação estadual pode conformar a matéria publicada na legislação federal às características e exigências estaduais, estabelecendo normas específicas, adaptando os princípios, bases e diretrizes gerais a peculiaridades regionais e locais.

Considerando que as disposições da portaria abordam matéria já tratada na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde e em demais normas infraconstitucionais e infralegais (participação complementar dos serviços privados no SUS; preferência das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos; necessidade de observância das normas previstas na Lei n. 8.666/1993 para a contratação de entidades privadas para a complementação dos serviços de saúde; remuneração dos serviços pela tabela de procedimentos do SUS), o entendimento é de que a edição da portaria em questão se revela desnecessária, inclusive ante a possível ingerência federal na competência legislativa suplementar do estado.

No entanto, apesar desses argumentos expostos, o Ministério da Saúde, após análise por sua assessoria jurídica, considerou que são pertinentes os artigos propostos e em 26 de dezembro de 2006, publicou a portaria n. 3277, que dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, revoga a portaria n. 358, e define:

- a complementação de serviços deverá considerar a regionalização, a pactuação, a programação, os parâmetros de cobertura assistencial e a universalidade do acesso, e deve estar prevista no Plano de Saúde ou em outro documento devidamente aprovado pelo Conselho de Saúde;
- a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no SUS será formalizada mediante contrato ou convênio celebrado entre o poder público e a entidade privada, observadas as normas para licitações e contratos da administração pública e o disposto na portaria;
- a necessidade de complementar a rede de serviços deverá ser comprovada por meio de plano operativo para as instituições públicas;
- nos instrumentos firmados para fins de contratação de serviços de assistência à saúde, celebrados por municípios, estados e pelo Distrito Federal, deverão constar, além das cláusulas necessárias de que trata a legislação, as decorrentes da especificidade e da relevância pública das ações e serviços de saúde contratados.

A referida portaria estabelece como cláusulas necessárias nos contratos e convênios firmados entre a administração pública e o setor privado, com ou sem fins lucrativos, as seguintes condições:

I - manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

II - submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

III - submeter-se à regulação instituída pelo gestor;

IV - obrigar-se a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição “Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”;

V - obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;

VI - manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviços;

VII - garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização; e

VIII - cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização - PNH.

Define também que os estados, o Distrito Federal e os municípios, terão prazo máximo até 26 de dezembro de 2007, para adaptar seus contratos e convênios ao disposto na referida portaria. Não se admitindo ajustes sem os respectivos termos de contrato ou convênio. Decorrido o prazo fixado, é obrigatório o preenchimento dos campos referentes ao contrato no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES).

3.2.2 A contratação dos serviços de saúde – passo a passo

A seguir veremos os passos a serem seguidos para contratação de serviços de saúde.

3.2.2.1 FLUXOGRAMA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE³⁹

- a) O gestor consulta o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e verifica sua capacidade instalada;
- b) de acordo com as necessidades populacionais, devem ser definidos os protocolos assistenciais e as linhas de cuidado, contendo as ações que devem ser visualizadas na Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- c) O próximo passo é a elaboração do plano operativo de cada unidade pública sob sua gerência, com a finalidade de identificar a necessidade de complementação de serviços e de organização da rede;
- d) após a verificação do desenho da rede, caso se constate que a rede própria é suficiente para atender as necessidades populacionais, não há necessidade de contratar os prestadores da iniciativa privada;
- e) caso se verifique que a rede própria é insuficiente, há necessidade de complementação: se houver em sua rede instituições públicas de outra esfera de governo, deverá formalizar-se um acordo para compra de serviços destas, por meio do termo de cooperação entre entes públicos;
- f) caso persista a necessidade de complementação da rede, deverá recorrer à rede privada, priorizando as entidades filantrópicas. Deve ser lembrada a necessidade de sempre fazer uso da Lei n. 8.666/1993 para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular;
- g) nos casos em que o valor total da compra de serviços for 10% do valor contido no artigo 23, inciso II, alínea a, da Lei n. 8.666/1993 ou em que a demora na aquisição do serviço possa trazer prejuízos (artigo 24, inciso IV), há dispensa de licitação;
- h) quando houver impossibilidade ou inviabilidade de concorrência entre os prestadores haverá inexigibilidade de licitação, e nesses casos poderá fazer uso do chamamento público;
- i) em caso de realização do procedimento licitatório, este gerará um contrato administrativo com as entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

³⁹ CONASS, 2006.

3.3 Contratualização⁴⁰

O momento atual da gestão do SUS tem provocado mudanças na relação entre gestor e prestador, passando de um processo meramente burocrático a uma nova modalidade contratual (contratualização). Essa modalidade não se restringe ao ato formal de contratação de serviços. Consiste em uma pactuação entre gestor e prestador de serviços, na qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador. São especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho.

O processo de contratação formal, predominante no sistema por muito tempo, baseava-se na produção de serviços levando em conta apenas a capacidade instalada física e de recursos humanos dos prestadores e nos limites financeiros estabelecidos para o custeio das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Além de que, poucos contratos definiam indicadores de desempenho qualitativo e quantitativo do serviço.

Nesse novo processo, de acordo entre gestor e prestador, está sendo proposta a orçamentação global mista, sendo o pagamento composto por um montante pré-fixado, ou seja, parte ou a totalidade dos procedimentos de média e alta complexidade terão valores pré-fixados. Pode-se também estabelecer que os procedimentos de média complexidade serão pré-fixados e a produção de serviços para custeio das ações de alta complexidade e do FAEC serão pagos mediante a produção realizada.

Independente da forma de pagamento estabelecida, permanece a necessidade das unidades contratualizadas informarem regularmente os sistemas de informações oficiais: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e outros sistemas de informações que venham a ser implementados no âmbito do SUS em substituição ou em complementaridade a estes.

⁴⁰ BRASIL, 2006.

O processo de contratualização estabelece estratégias eficazes para garantir que os cidadãos tenham acesso a uma assistência de qualidade e requer do gestor a adoção de mecanismos efetivos de monitoramento e avaliação dos serviços.

Desde 2003, foram criadas, pelo Ministério da Saúde, políticas e/ou programas nacionais pautados na lógica da contratualização, destinados aos hospitais de ensino, e, mais recentemente, aos hospitais de pequeno porte e aos hospitais filantrópicos.

3.3.1 Hospitais de ensino

No início do ano de 2003, identificou-se a necessidade urgente da formulação de uma política governamental para atender os hospitais universitários e de ensino, considerando as especificidades relativas a essas instituições que, além da assistência, têm o papel de desenvolver ensino e pesquisa em saúde. As propostas visam também estabelecer propostas de caráter estrutural, organizacional e de gestão desses estabelecimentos de saúde.

Com a necessidade de definir melhor o papel dos hospitais universitários e a sua inserção no SUS, no âmbito de estados e municípios, criou-se uma comissão interministerial e interinstitucional, com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos hospitais universitários de ensino e pesquisa e subsidiar a formulação da política nacional.

Em 2004, foi publicada a portaria interministerial MEC/MS n. 1.000, que estabelece critérios para a certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino. A referida portaria define como hospitais de ensino as instituições hospitalares que servirem de campo para práticas de atividades curriculares na área de saúde, sejam estes hospitais gerais e/ou especializados, de propriedade de instituição de ensino superior, pública ou privada, ou ainda, formalmente conveniados com instituição de ensino superior. A portaria interministerial MEC/MS n. 1.005, de 2004, estabelece detalhadamente os documentos de verificação para certificação.

Em maio de 2004, ocorreu o lançamento do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS, objeto da portaria interministerial n. 1.006, de 27 de maio de 2004.

Essas portarias orientam o gestor para a realização do processo de certificação e formalização dos contratos com os hospitais de ensino. Embora com características próprias, os contratos com esses hospitais devem seguir a mesma orientação da contratualização, ou seja, estabelecimento de metas e indicadores de avaliação e a definição de pagamento pré-fixado.

Os recursos para financiamento dessa nova modalidade de contratação compreendem os recursos financeiros recebidos pela produção de serviços (média e alta complexidade), tomando-se como referência a série histórica dos últimos doze meses, além de outros incentivos destacados no artigo 4º da portaria interministerial n. 1.006/2004, tais como a incorporação de recursos do Integrasus, do Fator de Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico a Populações Indígenas (Iapi), do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (Fideps), de recursos do Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos Hospitais Universitários, na parcela referente ao Ministério da Saúde, e de um valor adicional, referente à contratualização, calculado pelo Ministério da Saúde. O valor do atual Fideps deve ser incorporado dentro do contrato, sendo que só terão direito a receber esse fator de incentivo os hospitais que já tenham sido certificados anteriormente de acordo com a legislação.

Também está definido um termo de referência para contratualização, que detalha minuciosamente os pontos a serem observados no contrato. As ações estratégicas exigidas são:

- definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;
- definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do SUS;
- definição do papel dos hospitais de ensino na educação permanente e na formação de profissionais de saúde e qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do SUS.

O gestor deve instituir uma Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos, que terá a função de monitorar e analisar os relatórios para avaliar o cumprimento das metas pactuadas entre o gestor e prestador. As metas podem ser acompanhadas e atestadas também pelo Conselho Gestor da Instituição.

No que concerne ao termo de referência, este traz as diretrizes para a estratégia de atenção pactuadas entre hospitais de ensino e gestores do SUS, as metas físicas e de qualidade para a gestão hospitalar e os itens relacionados a formação e educação de recursos humanos, a pesquisa e avaliação tecnológica em saúde e a recursos financeiros.

Em 27 de maio de 2004, a portaria interministerial n. 1.007 estabeleceu o montante de recursos financeiros a ser repassado pelo Ministério da Saúde às instituições federais de ensino superior. Esse novo modelo de financiamento e alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde, a gestão, o ensino, a educação e a pesquisa proposto é o de orçamentação mista do custeio do hospital de ensino, composta por um componente fixo mensal, um componente com valor variável conforme o cumprimento das metas estabelecidas e um componente correspondente à produção de serviços de alta complexidade mediante a apresentação dessa produção.

Posteriormente, a portaria MS/GM n. 1.702, de 17 de agosto de 2004, criou o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde para os demais hospitais de ensino. As ações estratégicas, a lógica de contratualização e a forma de pagamento seguem as mesmas orientações das portarias anteriores.

O Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes de contratualização tanto para os hospitais de ensino superior federais quanto para os demais hospitais de ensino. As instituições federais de ensino superior foram tratados nas portarias anteriores.

Para regulamentar o repasse dos recursos financeiros de incentivo à contratualização de hospitais de ensino públicos e privados, foram criadas as portarias MS/GM n. 1.703/2004, MS/GM n. 2.352/2004 e MS/GM n. 2.369/2004.

A Portaria GM/MS n. 1.631, de 20 de julho de 2006, prorrogou para maio de 2007 o prazo para a extinção do Fideps. Essa decisão foi em razão de que os hospitais certificados como de ensino não concluíram o processo de contratualização

no âmbito do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS. Também definiu que o valor correspondente ao Fideps, poderá, por deliberação do gestor e homologação da CIB, ser incorporado ao limite financeiro anual da assistência dos hospitais de ensino, com ou sem adesão ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no SUS e ao Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito SUS.

3.3.2 Hospitais filantrópicos

O Ministério da Saúde, por meio da portaria GM n. 1.721, de 21 de setembro de 2005, criou o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde. São considerados hospitais filantrópicos os hospitais privados sem fins lucrativos certificados como Entidade de Fins Filantrópicos de acordo com o decreto n. 2.536, de 6 de abril de 1998. O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS pressupõe:

- definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS;
- definição das responsabilidades dos hospitais e gestores na educação permanente e na formação de profissionais de saúde;
- qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS.

O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos se formaliza mediante processo de contratualização com estabelecimento de metas e indicadores, que deverá ser aprovado pelas CIBs e homologado pelo Ministério da Saúde. Foram estabelecidos recursos financeiros destinados à implantação do Programa que compreendem os seguintes componentes:

- recursos financeiros recebidos pela produção de serviços, tomando como referência a série histórica dos últimos doze meses;
- o impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares a partir da data da publicação dessa portaria;

- o incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (InteGrasus);
- o Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena (Iapi);
- quaisquer outros incentivos repassados de forma destacada;
- os novos recursos por meio do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), referentes ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS;
- os recursos financeiros repassados ao estabelecimento de saúde pelos municípios e ou estados, sejam estes recursos atuais ou futuros;

Os recursos financeiros, conforme explícito nos seis primeiros itens, que atualmente não estejam incluídos nos limites financeiros dos estados e municípios deverão incorporar-se aos mesmos a partir da competência do convênio.

Por sua vez, a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) regulamentou o Programa, por meio da portaria SAS/MS n. 635, de 10 de novembro de 2005, estabelecendo os aspectos técnicos que deverão ser seguidos, notadamente a elaboração de um instrumento de contratualização ali denominado convênio/contrato, com a previsão de metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, dentre outros aspectos relevantes.

Os processos de adesão formalizados foram encaminhados ao Ministério da Saúde até 8 de dezembro de 2005, data limite exigida em portaria para a referida adesão.

Em 26 de janeiro de 2006, o Ministério da Saúde, por meio da portaria GM n. 172, homologou o processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos e os respectivos recursos financeiros relativos a 40% do Incentivo de Adesão a Contratualização (IAC). Vale ressaltar que só após a formalização do processo de contratualização, ou seja, após a assinatura do contrato, a entidade receberá os recursos relativos aos 60% do IAC.

Nessa modalidade de contrato, o Plano Operativo (PO) deverá especificar as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como os indicadores que permitam o seu acompanhamento e avaliação. Esses indicadores são mais detalhados na portaria GM/MS n. 3.123, de 07 de dezembro de 2006, portaria que sugere um modelo para elaboração do Plano Operativo.

O pagamento dessas unidades se fará por meio de pagamento pré-fixado composto de dois componentes: um fixo, que corresponde à execução das metas quantitativas, e um variável, que corresponde à execução das metas qualitativas.

3.3.3 Hospitais de pequeno porte

A Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte foi instituída pela portaria ministerial GM n. 1.044, de 1º de junho de 2004, a qual estabelece os critérios de adesão para os hospitais e municípios. Segundo essa portaria, estão aptos a aderirem a essa política os hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos; que estão localizados em municípios ou microrregiões com até 30.000 habitantes; que possuem entre 5 e 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e que estão localizados em municípios que apresentam cobertura da estratégia de saúde da família igual ou superior a 70%. Esses critérios poderão ser adequados por cada gestor de acordo com a Política Estadual de Assistência Hospitalar.

A portaria GM/MS n. 287, de 28 de junho de 2004, que define a forma de financiamento, estabelece que nenhum estabelecimento de saúde contemplado pela Política Nacional de HPP terá orçamentação global inferior ao valor de R\$10 mil/mês. Define, ainda, que os recursos necessários à cobertura do impacto financeiro da proposta serão divididos igualmente entre o Ministério da Saúde e a respectiva Secretaria Estadual de Saúde e determina que o valor de referência destinado a cada estabelecimento de saúde, bem como os valores de referência a serem repassados às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, constará do teto financeiro global do respectivo gestor.

A portaria SAS/MS n. 94, de 14 de fevereiro de 2005, define o fluxo operacional. Após apresentação e envio do termo de adesão ao MS, no qual o gestor estadual manifesta o compromisso de assegurar a contrapartida de 50% referente ao impacto financeiro da implantação da proposta para os HPP, o preenchimento do plano de trabalho pelos hospitais e a aprovação dos planos de trabalho pelos Conselhos Municipais de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite, ocorre a contratualização dos estabelecimentos pelo gestor de saúde e a homologação do processo pela SAS/MS.

Segundo o artigo 7º da portaria GM/MS n. 1.044/2004, caberá aos estados, dentre outras responsabilidades, oferecer cooperação e assessoria técnica aos municípios para a elaboração do diagnóstico e dos planos de trabalho; desenvolver e implementar projetos estratégicos para a capacitação de gestores municipais e gerentes das unidades hospitalares de pequeno porte; e estimular o processo de descentralização das unidades sob gestão estadual.

3.4 Modalidades de contratação

3.4.1 Processo licitatório

A licitação é uma exigência constitucional obrigatória para toda a administração, prevista no artigo 37, inciso XXI da Constituição Federal de 1998 e estabelecida pela Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta a contratação de bens e serviços pela administração pública. É um procedimento administrativo mediante o qual a administração pública tem a possibilidade de escolha da proposta mais vantajosa para a contratação de seu interesse, seja no que diz respeito ao melhor preço ou em relação as diferentes técnicas empregadas. Desenvolve-se por meio de uma sucessão de atos que buscam propiciar igualdade a todos os interessados, atuando como fator de eficiência e moralidade nos negócios jurídicos. Os contratos firmados entre gestores e prestadores devem ter como referência a tabela nacional do SUS para o estabelecimento de preços.

3.4.2 Inexigibilidade

O processo licitatório para contratação é inexigível quando há inviabilidade ou impossibilidade de competição entre os prestadores, segundo o artigo 25 da Lei n. 8.666/1993. Em muitos casos, essa é a situação da prestação de serviços de

saúde, seja pelo fato de haver em um determinado território apenas um prestador habilitado para fornecer o objeto a ser contratado, seja pelo fato de a técnica e o preço do serviço a ser contratado terem sido definidas de antemão pelo gestor. Nesses casos, sugere-se a utilização do mecanismo de chamamento público dos prestadores de saúde.

3.4.3 Chamamento público

Em caso de inexigibilidade, o gestor deverá realizar um processo público para contratação dos serviços de saúde, ou seja, a chamada pública, um procedimento por meio do qual o gestor público por meio de um edital informa, a todos os prestadores localizados em sua base territorial, o seu interesse de contratar serviços de saúde com base nas necessidades complementares de sua rede, pelos valores definidos na tabela SUS.

3.4.3.1 PROCEDIMENTOS PARA A CHAMADA PÚBLICA:

- formar o processo de inexigibilidade de licitação justificando devidamente os aspectos que comprovem a impossibilidade de competição entre os prestadores;
- fixar os preços utilizando a tabela nacional como valor de referência a ser praticado. Considerar as definições contidas na portaria GM/MS n. 1.606, de 11 de setembro de 2001, que estabelece em seu artigo 1º que é vedada a utilização de recursos federais para o pagamento complementar das diferenças de valores. Assim, o gestor que adotar preços superiores aos da tabela nacional deverá utilizar recursos próprios para o pagamento da diferença do valor da tabela do SUS. A adoção de valores diferentes da tabela nacional deverá ser submetida à apreciação e aprovação do Conselho Estadual de Saúde, publicada em Diário Oficial do Estado e anexada ao edital. Deverá ser lembrado ao gestor que não é permitido praticar valores diferentes para os mesmos procedimentos;
- elaborar e publicar edital de chamada pública.

3.5 Tipos de contratos

3.5.1 Termo de Cooperação entre Entes Públicos

Instrumento instituído pela Noas 01/2001. Esse termo é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviços, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera e gestão de outra. Deve conter as metas e um plano operativo do acordo.

Segundo a portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006, a transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, deverá ser feita conforme pactuação e as unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

3.5.2 Convênios

É um acordo firmado entre entes públicos ou entre um ente público e um ente privado sem fins lucrativos que tenham interesses comuns. É possível firmar convênios nos quais as metas e objetivos são pactuados ou convênios que estabeleçam o cumprimento de uma determinada produção (nesse caso é um ajuste muito semelhante a um contrato de compra de serviços).

3.5.3 Contrato de gestão

De acordo com a Lei Federal n. 9.637, de 15 de maio de 1998, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o poder público e a entidade privada qualificada como organização social, com vistas a formação de parceria

entre as partes para fomento e execução de atividades e serviços de interesse público, tais como atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

O contrato de gestão, elaborado de comum acordo entre o órgão ou entidade supervisora e a organização social, discriminará as atribuições, responsabilidades e obrigações do poder público e da organização social.

Na elaboração do contrato de gestão, devem ser observados os princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e, também, os seguintes preceitos:

- especificação do programa de trabalho proposto pela organização social, estipulação das metas a serem atingidas e dos respectivos prazos de execução, bem como previsão expressa dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de qualidade e produtividade;
- estipulação dos limites e critérios para despesa com remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidas pelos dirigentes e empregados das organizações sociais no exercício de suas funções.

3.5.4 Contrato administrativo

Instrumento firmado entre o poder público e entidades privadas com ou sem fins lucrativos cujo objeto é a compra de serviços e o pagamento é efetivado após a comprovação da produção. O teto a ser pago está embasado numa programação física orçamentária de acordo com a capacidade instalada da unidade.

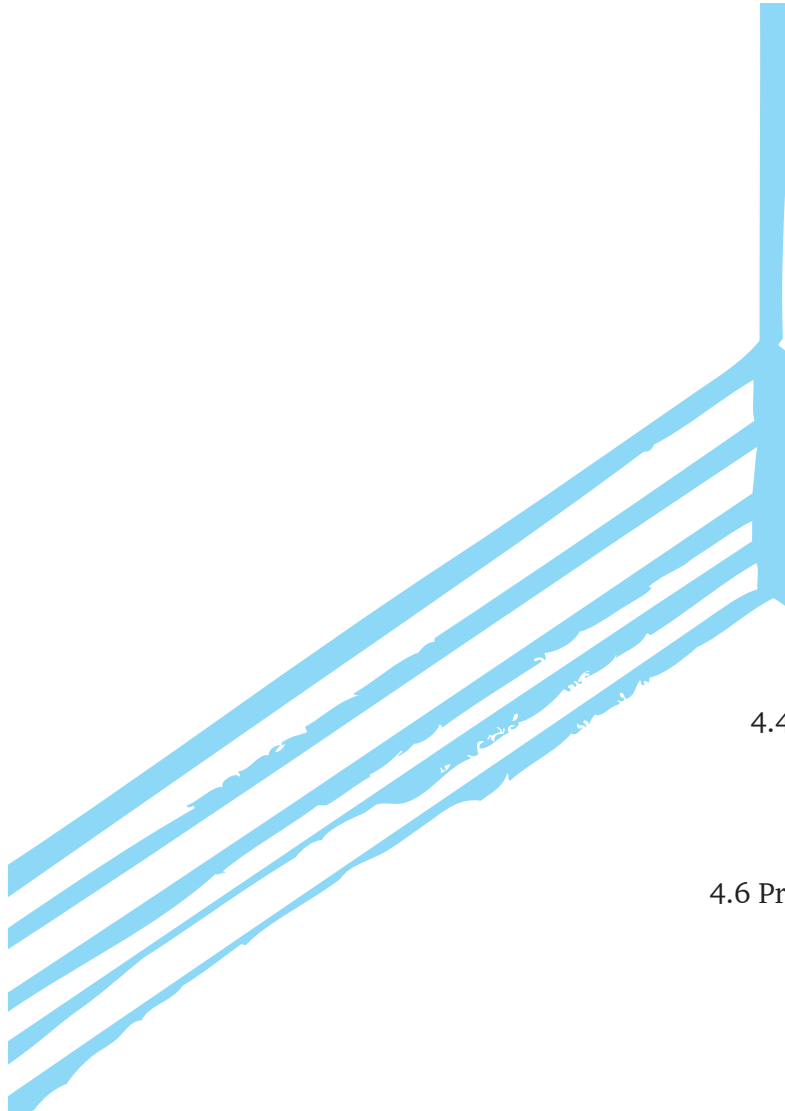
Deve ser lembrado que os gestores estaduais estão sujeitos às regras e à fiscalização dos tribunais de contas dos estados e só assinam contratos ou convênios mediante parecer de suas assessorias jurídicas.

3.6 Plano Operativo

O Plano Operativo é o instrumento que deverá integrar todos os tipos de contrato entre o poder público e o setor privado e deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição da oferta e dos fluxos de serviços e as metas pactuadas entre o gestor e o prestador. O Plano Operativo deverá ser elaborado por todas as unidades de saúde que prestem serviços ao SUS, sejam elas públicas ou privadas.

É um instrumento de suma importância, não só por apresentar as ações e atividades serem desenvolvidas pelo prestador, mas também por possibilitar a utilização de mecanismos mais eficazes de controle e avaliação. Ele deverá conter:

- identificação da unidade e de seus responsáveis;
- capacidade instalada e estrutura tecnológica;
- definição do perfil assistencial em função das necessidades de saúde da população;
- definição das metas físicas das internações hospitalares, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com seus quantitativos;
- definição das metas de qualidade;
- descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento das metas da gestão hospitalar em especial daquelas referentes a atenção humanizada, garantia do acesso mediante complexo regulador, trabalho da equipe multidisciplinar, funcionamento das comissões hospitalares obrigatórias e implantação de mecanismos eficazes de referência e contra-referência mediante protocolos de encaminhamento;
- definição de parâmetros e indicadores para avaliação do cumprimento das metas.

- 
- 4.1 Introdução
 - 4.2 Conceitos
 - 4.3 Ações de controle e avaliação
 - 4.4 Atribuições do gestor estadual no controle e avaliação das ações e serviços de saúde
 - 4.5 Avaliação
 - 4.6 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)
 - 4.7 Acreditação hospitalar

4.1 Introdução

A constituição de instâncias de controle e avaliação no extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) se deu concomitante e atrelada à construção dos sistemas de informações da assistência à saúde, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), que, com suas respectivas tabelas de procedimentos, passaram a fomentar uma grande base histórica de dados da produção ambulatorial e hospitalar e passaram a ser a base dos credenciamentos e habilitações no SUS.⁴¹

O Inamps estruturou seus sistemas de informações norteado por uma lógica contábil, quantitativa e centralizadora e elegendo como evento básico de interesse o evento médico.⁴²

Na década de 70, foi criado o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares que se caracterizava pelo ressarcimento de despesas ato a ato, mediante a comparação entre a fatura apresentada pelo hospital contratado e um parâmetro que estabelecia o limite máximo, segundo o tipo de nosologia ou procedimento médico. Como instrumentos, o sistema dispunha da Guia de Internação Hospitalar (GIH) e de uma tabela de honorários médicos para os atos profissionais, cujos valores eram expressos em Unidades de Serviços (US).

⁴¹ BRASIL, 2006.

⁴² MORAES, 1994.

Em 1983, foi implantado o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social, que se caracterizava por ser um sistema de remuneração fixa por procedimento, baseado no conceito de valores médios globais atribuídos aos procedimentos aceitos normativamente como realizáveis pela rede hospitalar. Como principais instrumentos, ele dispunha de uma tabela de procedimentos, com valores discriminados (fixados pelo MPAS) para pagamentos dos serviços profissionais, serviços hospitalares, materiais, medicamentos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e de um formulário padrão a Autorização de Internação - AIH.

Em 1990, ocorreu a transferência do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Inamps para o Ministério da Saúde, sem sofrer modificações significativas além da extensão do sistema para os hospitais públicos municipais, estaduais e federais.

A partir de 1994, a descentralização do sistema ganhou um novo ritmo quando a AIH em disquete foi efetivamente implementada em todo o território nacional. Em lugar do formulário impresso pré-numerado, o Ministério da Saúde passou a distribuir apenas a série numérica a ser utilizada e um software previamente entregue a todas as unidades.⁴³

Para o controle dos gastos com a atenção ambulatorial, o Inamps utilizava as guias de pagamentos globais dos serviços prestados, como a autorização de pagamentos e, de 1984 a 1998, a Guia de Autorização de Pagamento (GAP) ao prestador. Esses eram instrumentos de ordenação do pagamento desses serviços, viabilizando como informação aos gestores apenas o gasto por natureza jurídica do prestador. Os números de consultas e exames realizados eram aportados por outro sistema de informações, esse com finalidade puramente estatística.

Tais formas de controle da produção ambulatorial foram substituídas por um novo sistema de informações, baseado no registro e no pagamento de procedimentos, denominado Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA).

⁴³ CARVALHO, 1997.

Diferente do SIH, o SIA não exigia dados dos usuários, mas registros dos quantitativos mensais de procedimentos por níveis de complexidade ou especialidade, realizados em cada estabelecimento e informados por meio de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).⁴⁴

As Secretarias Estaduais de Saúde começaram a incorporar, a partir de 1987, alguns procedimentos do Inamps em relação ao controle da compra de serviços do setor privado, copiando para o interior da secretarias as práticas de controle e avaliação da cultura “inampsiana”. Além disso, a presença de atividades de controle exclusivamente no que se refere aos serviços complementares comprados da rede privada ajudava em perpetuar a dicotomia entre as atividades de prestação de assistência médica e as atividades de vigilância à saúde.⁴⁵

Com a criação do SUS, a Lei n. 8.080/1990 estabelece que o controle e a avaliação do SUS são competências comuns das três esferas de governo e, portanto, devem envolver diversas instâncias do SUS, tais como os Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores, Sistema Nacional de Auditoria, entre outros. Inojosa aponta para o fato de que o SUS “traz uma perspectiva nova para a avaliação e para o controle, à medida que envolve a ampliação do seu objeto e a incorporação, no processo de avaliação, de novos atores sociais”.⁴⁶

No entanto, essas funções de controle passaram a ser assumida pelos estados e municípios a partir da NOB 93, que apesar de manter o financiamento das ações e serviços de saúde por meio da remuneração por produção de serviços apresentados, instituiu a transferência fundo a fundo para os municípios habilitados na gestão semiplena, regulamentada em 1994.

Para a habilitação nas condições de gestão parcial e semiplena, os estados e municípios tinham que comprovar, entre outros pré-requisitos, a constituição de serviços de controle, avaliação e auditoria, com profissionais médicos designados

⁴⁴ BRASIL, 2006.

⁴⁵ INOJOSA, 1996.

⁴⁶ CASTRO, 2004.

para a Autorização da Internação Hospitalar (AIH), e de procedimentos ambulatoriais de alto custo, e a capacidade técnica de operar o SIA, o SIH e a central de controle de leitos.

Essas exigências foram reafirmadas pela NOB 96 e pela Noas 01/2002, como pré-requisitos à habilitação na condição de gestão plena do sistema municipal e estadual.

De modo sintético, pode-se afirmar que, na história do SUS, de 1990 a 1993, as atividades de controle e avaliação eram desenvolvidas de forma centralizada pela esfera federal, por meio do Inamps, caracterizando-se pela ausência das demais esferas de gestão do SUS nessa atividade. Só a partir da NOB 93, na medida da assunção da condição de gestão semiplena, e depois com a NOB 96 e NOAS 2002, da condição plena do sistema, é que estados e municípios passaram a implantar e desenvolver ações de controle contábil, financeiro e assistencial dos prestadores de serviços de saúde sob sua gestão.

Atualmente, um dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde consiste no desenvolvimento e no aperfeiçoamento das práticas, estruturas e instrumentos de controle e avaliação das ações de saúde.

Mais recentemente, o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades de cada ente federado e radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas, reitera a importância da participação e do controle social e explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite.⁴⁵

Dessa forma, o Pacto de Gestão do SUS estabelece as responsabilidades do gestor municipal e estadual no controle e avaliação das ações e serviços de saúde e define indicadores de monitoramento e avaliação do desempenho dessa função.

⁴⁷ BRASIL, 2006.

4.2 Conceitos

O controle, de acordo com os dicionários da língua portuguesa, é definido como a fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos e departamentos ou sobre produtos, etc., para que tais atividades ou produtos não se desviem das normas pré-estabelecidas.

O Ministério da Saúde entende de forma semelhante quando refere que o controle pode ser entendido como a supervisão contínua que se faz para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado, para verificar se algo está sendo cumprido conforme um parâmetro, próximo de um limite pré-fixado, se estão ou não ocorrendo extrapolações. Refere ainda que o controle pode se dar de forma antecipada, concomitante ou subsequente ao processo de execução das atividades.⁴⁸

Outra definição é que o controle é a vigilância contínua e periódica da implementação de uma atividade e seus distintos componentes a fim de assegurar que a entrada (input), o processo de trabalho e produção prevista (output) e outras ações necessárias funcionem conforme planejado.⁴⁹

Segundo AGUILAR e ANDER-EGG, “o segmento [ou monitoramento] é um processo analítico que, mediante um conjunto de atividades, permite registrar, compilar, medir, processar e analisar uma série de informações que revelam o curso ou desenvolvimento de uma atividade programada”.⁵⁰

Já a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).⁵¹

⁴⁸ BRASIL, 2002.

⁴⁹ SILVER, 1992.

⁵⁰ AGUILAR; ANDER-EGG, 1995.

⁵¹ CONTANDRIOPOULOS et al, 1997.

Nessa definição, a intervenção é entendida como o conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

A avaliação tem como objetivos:

- ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção;
- fornecer informação para melhorar a intervenção no seu decorrer;
- determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida;
- contribuir para o progresso dos conhecimentos e para a elaboração teórica.

A avaliação normativa é a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas.

Na apreciação da estrutura busca-se comparar os recursos disponíveis com critérios e normas correspondentes, verificando-se, dessa forma, se são suficientes para atingir os resultados esperados. É nessa modalidade que são abordados a competência do pessoal, a organização administrativa, a quantidade de recursos disponíveis e sua adequação.

Na apreciação do processo comparam-se os serviços decorrentes da implantação do programa ou intervenção com critérios e normas predeterminados, tendo em vista os resultados esperados. Ela tem uma dimensão técnica que aprecia a adequação dos serviços em função das necessidades dos usuários e sua qualidade é definida a partir de critérios e normas profissionais.

A apreciação do processo tem ainda a dimensão das relações interpessoais que aborda a interação entre usuários e produtores de cuidados e envolve o apoio, a cortesia e o respeito dos produtores de cuidados, bem como a satisfação do usuário.

Na dimensão organizacional da apreciação do processo são focalizados: a acessibilidade aos serviços, a cobertura e a continuidade dos cuidados. Ela envolve o caráter multiprofissional e a relação entre as organizações de cuidados.

A apreciação dos resultados é a comparação entre os resultados observados e os resultados esperados, também utilizando normas e critérios. Contandriopoulos et al consideram esse tipo de abordagem insuficiente para realizar um julgamento. Para eles, a pesquisa avaliativa é mais adequada para a abordagem dos resultados.⁵²

Além da avaliação normativa, CONTANDRIOPOULOS et al. apontam ainda a pesquisa avaliativa como uma forma de julgamento sobre os resultados de um projeto/programa, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão. Trata-se de um procedimento realizado após a ocorrência de uma intervenção que analisa aspectos como a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção.

A pesquisa avaliativa é composta por seis tipos de análise que são realizadas isoladamente ou no seu conjunto. O primeiro tipo é a análise estratégica que aborda a pertinência da intervenção, ou seja, a adequação entre a intervenção proposta e o problema que lhe deu origem. Portanto, ela questiona se o problema é pertinente e se a intervenção é a mais adequada, considerando todos os problemas existentes.

O segundo tipo de pesquisa avaliativa é a análise da intervenção, que consiste no estudo da relação entre os objetivos da intervenção e os meios utilizados. Analisa-se a adequação da teoria que embasa a intervenção, se os recursos e atividades são suficientes e se sua organização é a mais apropriada para alcançar os objetivos.

A análise da produtividade é o terceiro tipo de pesquisa avaliativa e procura estudar a aplicação dos recursos com o intuito de verificar a possibilidade de produção de maior quantidade de serviços com os mesmos recursos ou a mesma quantidade com menos recursos. É nesse tipo que se problematiza a produtividade de serviços de suporte como manutenção ou alimentação e serviços clínicos como recursos laboratoriais ou radiológicos.

⁵² CONASS, 2003.

No quarto tipo de pesquisa avaliativa, aborda-se a influência dos serviços sobre a saúde da população. Chamada de análise dos efeitos, esse tipo de pesquisa também procura identificar os efeitos não desejados da intervenção e, quando possível, os efeitos de curto e longo prazo.

O quinto tipo é a análise do rendimento, cujo âmbito é o estudo dos custos, ponderando as vantagens da intervenção com seu custo.

O último tipo é, então, a análise da implantação, que tem como objeto o grau de implantação da intervenção e seus efeitos, bem como a influência do contexto no funcionamento do programa/projeto.

A avaliação normativa tem com finalidade principal ajudar os gestores no desenvolvimento de suas funções. Ela é realizada normalmente pelos responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção proposta. Já a pesquisa avaliativa exige rigor científico no embasamento teórico e na aplicação metodológica e é freqüentemente realizada por pesquisadores exteriores à intervenção.

É necessário ainda delimitar conceitos muito utilizados quando se fala em qualidade dos serviços de saúde. O primeiro deles é a definição de “eficácia”, que consiste na capacidade de uma determinada tecnologia de produzir o efeito desejado em condições ideais. Dessa forma, podemos afirmar, por exemplo, que o acompanhamento pré-natal é eficaz em reduzir a morbi-mortalidade infantil e materna em uma população.

A “efetividade”, por seu turno, é a capacidade de produzir o efeito desejado em condições reais. Ainda no nosso exemplo, o acompanhamento pré-natal será efetivo na redução da morbi-mortalidade de uma população somente se houver cobertura e qualidade adequada na sua realização. O terceiro conceito é o da “eficiência”. A eficiência pondera a relação entre o impacto real e os custos das ações. Assim é que o mapeamento genético realizado de rotina no pré-natal para diagnósticos de síndromes genéticas tem uma baixa eficiência, pois tem um alto custo para detectar pouquíssimos casos. Além do que, o diagnóstico das síndromes genéticas durante a gestação não se traduz em redução da morbi-mortalidade.⁵³

⁵³ CONASS, 2003.

4.3 Ações de controle e avaliação

Antes da abordagem sobre as ações de controle e avaliação a serem desencadeadas pelo gestor, deve-se atentar para alguns pontos. As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.⁵⁴

De acordo com o artigo 198 da Constituição Federal, “são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado”.

A Lei n. 8.080, em seu artigo 18, inciso I, diz que compete à direção municipal do SUS “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”. Já no seu artigo 15, inciso I, define como atribuição comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios a “definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde”.

Segundo definição emanada da Noas 01/2002, o controle e a avaliação a serem exercidos pelos gestores do SUS compreendem o “conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições”.

Ainda segundo a NOAS 01/2002, o fortalecimento do controle e da avaliação deve se dar principalmente em quatro dimensões:

⁵⁴ CONASS, 2003.

- a) avaliação da organização do sistema e modelo de gestão;
- b) relação com os prestadores de serviços;
- c) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
- d) resultados e impacto sobre a saúde da população.

A descentralização das funções de execução e, portanto, de controle, regulação e avaliação impõe aos gestores a superação de métodos que se referenciam principalmente ao controle de faturas (revisão) e de instrumentos de avaliação com enfoque estrutural (vistorias) e de processo (procedimentos médicos). Sem subestimar a importância desses instrumentos, que devem continuar a ser usados, a construção do SUS implica em mudanças estruturais e de postura gerencial, com elaboração e desenvolvimento de novos métodos e instrumentos que priorizem a avaliação dos resultados e da satisfação do usuário.

Para o desempenho da função de controle e avaliação, o gestor deverá conhecer alguns instrumentos que irão nortear suas ações e servir como base para o acompanhamento e fiscalização da implementação das políticas do setor pelos respectivos conselhos de saúde e pelas instâncias formais de controle e avaliação. Esses instrumentos são:

- Planos de Saúde e Relatórios de Gestão aprovados pelos Conselhos;
- Plano Diretor de Regionalização - PDR;
- Plano Diretor de Investimentos - PDI;
- Programação Pactuada e Integrada - PPI;
- Pactos de Indicadores;
- Termos de Garantia de Acesso e de Cooperação entre Entes Públicos existentes no território;
- outros instrumentos existentes.

4.4 Atribuições do gestor estadual no controle e avaliação das ações e serviços de saúde

No Termo de Compromisso de Gestão Estadual, de acordo com a portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006, deverão estar contempladas, dentre outras, as seguintes responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde em relação ao controle e à avaliação das ações de saúde:

- estruturar os órgãos de controle e avaliação;
- elaborar normas técnicas complementares às da esfera federal para o seu território;
- manter atualizado o cadastramento no sistema nacional de cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde;
- credenciar/habilitar os prestadores de acordo com as normas vigentes e com a regionalização, devendo coordenar este processo em relação aos municípios;
- monitorar e fiscalizar o cumprimento dos critérios nacionais e estaduais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
- elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;
- monitorar e fiscalizar contratos e convênios com os prestadores, incluindo as unidades públicas;
- estabelecer a programação físico-orçamentária por estabelecimento;
- monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeiras definidas na Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde;
- cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;
- fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação de autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade;
- alimentar regularmente os bancos de dados dos sistemas de informações;
- monitorar a execução das ações e serviços de saúde;

- monitorar o cumprimento, pelos municípios, dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, indicadores e metas do pacto de gestão e da constituição dos serviços de controle e avaliação ;
- supervisionar os estabelecimentos de saúde;
- processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e desenvolver mecanismos de controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde;
- implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos e nos sistemas de saúde municipais.

A seguir, serão descritas de forma detalhada algumas dessas atribuições.

4.4.1 Estruturação dos órgãos de controle e avaliação

A Secretaria Estadual de Saúde deverá dotar o órgão de controle e avaliação de estrutura administrativa, área física, recursos humanos e equipamentos, dispondo de acesso a linhas telefônicas e Internet. A equipe deverá ser multiprofissional e constantemente capacitada.

4.4.2 Elaboração de normas técnicas complementares à esfera federal para o seu território

Deverão ser utilizadas as normas nacionais de controle e avaliação, sendo que cada estado pode estabelecer normas complementares. Os instrumentos de controle e avaliação nacionais já utilizados são:

- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- Cartão Nacional de Saúde;
- comissões autorizadoras/médicos autorizadores;
- indicadores de parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade;

- manuais do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA);
- manuais de orientação disponibilizados aos gestores no site do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br;
- mecanismos de acompanhamento da PPI e da Programação dos Estabelecimentos;
- portarias técnicas específicas;
- sistemas de orçamentos públicos em saúde;
- instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários;
- Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH);
- Serviço de Atendimento à Demanda (Sade) e o Disque Saúde;
- Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

4.4.3 Cadastramento dos estabelecimentos e profissionais de saúde

Cadastramento é o ato de o gestor incluir no CNES o estabelecimento de saúde de qualquer esfera administrativa, prestador ou não do SUS, existente em seu território e sob sua gestão.⁵⁵

4.4.4 Credenciamento/habilitação dos prestadores

Credenciamento é o ato do gestor municipal ou estadual certificar um estabelecimento de saúde para a realização de procedimentos constantes nas tabelas do SUS, que pode necessitar ou não de ratificação do gestor federal (habilitação) conforme normas vigentes. Vale salientar que o credenciamento deve estar em consonância com o processo de regionalização e cabe ao estado coordenar este processo em relação aos municípios. Para maiores informações consulte o livro de Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS – coleção Para Entender a Gestão do SUS, CONASS/Progestores.

⁵⁵ BRASIL, 2006.

4.4.5 Elaboração de contratos com os prestadores

O processo de compra dos serviços da rede privada complementar, quando a rede pública oferecer atendimento insuficiente, deverá obedecer às necessidades populacionais, aos preceitos da legislação e normas que orientam a administração. Esse item é abordado no capítulo que trata sobre a contratualização.

4.4.6 Elaboração da programação físico-orçamentária por estabelecimento

A Ficha de Programação Físico-Orçamentária (FPO) é o instrumento que possibilita registrar a programação física e orçamentária ambulatorial da unidade. Essa programação toma como base a capacidade instalada constante no CNES e deve estar compatível com o desenho da rede e com a Programação Pactuada Integrada.

A capacidade instalada (física e de recursos materiais e humanos) define o potencial de produção de cada estabelecimento. Para programar a contratação de serviços pelo gestor, essa produção deve ser ajustada à disponibilidade orçamentária e financeira. Os parâmetros utilizados para a programação dos serviços estão contidos na portaria SAS n. 1.101, de 12 de junho de 2002, em portarias específicas de cada área e nos manuais do SIA.

Em junho de 2006, o Ministério da Saúde publicou a portaria SAS/MS n. 496, que cria a FPO magnética com o objetivo de flexibilizar a programação físico-orçamentária no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), possibilitando ao gestor efetuar a programação dos estabelecimentos de saúde por grupo, subgrupo, nível de organização e/ou procedimento.

Esse processo visa também:

- integrar a programação físico-orçamentária do Sistema de Informação Ambulatorial à Programação Pactuada da Assistência;

- descentralizar a programação físico-orçamentária, possibilitando a elaboração por vários técnicos do mesmo setor, nas regionais, municípios, distritos sanitários e estabelecimentos, se assim o gestor definir, com importação e exportação em meio magnético;
- possibilitar ao gestor definir mais de um nível de apuração (grupo, subgrupo, nível de organização e/ou procedimento) para um mesmo estabelecimento de saúde.

No caso da programação agregada por grupo, subgrupo ou nível de organização, o gestor definirá um valor médio, portanto, o SIA fará a apuração da produção pelo valor total programado. Quando a programação for desagregada, ou seja, realizada por procedimento, o SIA/SUS fará o cálculo da meta física programada pelo valor unitário do procedimento. Os procedimentos Faec só poderão ser programados por procedimento.⁵⁶

Nos estabelecimentos de saúde com contrato de gestão/metadados, os gestores devem manter a FPO, devendo o SIA/SUS emitir relatórios com valores de produção sem gerar informações para crédito no sistema financeiro SGIF, ou outro que o gestor estadual disponha.

4.4.7 Cooperação técnica

As Secretarias Estaduais devem cooperar técnica e financeiramente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamentos aos prestadores de serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS.

⁵⁶ BRASIL, 2006.

4.4.8 Autorização de internações e procedimentos especializados e de alta complexidade

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços a ele prestados sob regime de internação hospitalar e fornecer informações para gerenciamento do sistema. A AIH apresenta a estrutura composta por 13 dígitos, possibilitando a emissão de até 9.999.999 documentos de autorização de internação/ano (portaria SAS/MS n. 567, de 13 de outubro de 2005). Por meio de sua codificação, pode-se identificar, entre outros dados, a Unidade Federada a que pertence e o ano de utilização.

As séries numéricas de AIH para os procedimentos regulados pela CNRAC e para os procedimentos do Projeto de Cirurgias Eletivas de Média Complexidade, constantes do anexo I da portaria GM/MS n. 252/2006, são definidas pelo Ministério da Saúde. A série numérica de AIH de uso geral é definida pelos gestores estaduais e do Distrito Federal, obedecida a composição estabelecida na portaria SAS /MS n. 567/2005.⁵⁷

Caberá aos gestores estaduais distribuir as AIH aos municípios, por faixa numérica, com base na Programação Pactuada e Integrada. O Ministério da Saúde recomenda que as Secretarias Estaduais de Saúde adotem a sistemática de distribuição das AIH por meio eletrônico. A geração de AIH por meio eletrônico é possível a partir do módulo autorizador disponível no site do Datasus – www.datasus.gov.br, ou a partir de sistema desenvolvido pela própria secretaria de saúde, de acordo com a portaria GM/MS n. 23/2004.

O módulo autorizador, parte integrante do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), é um aplicativo que permite o cadastramento do órgão emissor/autorizador de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e o controle da numeração das autorizações com geração automática, de acordo com a série numérica válida para a Unidade da Federação. É composto dos seguintes itens: cadastro do órgão emissor, cadastro dos autorizadores, geração informatizada do número da autorização, críticas de compatibilidade de procedimentos, validação das autorizações e importação para o Sistema Gerencial de AIH (SGAIH).

⁵⁷ BRASIL, 2006.

O código de órgão emissor é elemento indispensável para o controle efetivo de todas AIH emitidas pelo gestor, sendo obrigatório o seu preenchimento no SIHSIS-AIH-01, conforme portaria SAS n. 510, de 30 de setembro de 2005.

O fluxo para autorização das internações hospitalares é o seguinte: nos procedimentos realizados em caráter eletivo, o fluxo inicia-se com a consulta no estabelecimento de saúde prestador de serviço para SUS na modalidade ambulatorial (consultório médico, unidade ambulatorial) onde o profissional assistente emite o laudo; nos procedimentos realizados em caráter de urgência o fluxo inicia-se com o atendimento de urgência que pode ser no próprio estabelecimento ou em outro estabelecimento nesse caso encaminhado pela central de regulação.

O profissional (médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro) que realizou a consulta/atendimento solicitará a AIH, por meio do laudo para solicitação de Autorização de Internação Hospitalar, de acordo com a portaria SAS/MS n. 743/2005.

O laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar deverá ser encaminhado à unidade gestora local, onde o profissional responsável pela emissão de AIH analisa os dados contidos nesse documento. A partir dessa análise, ou ele considera as informações insuficientes para uma decisão e solicita dados adicionais, ou considera as informações procedentes, aprova a internação e autoriza a emissão da AIH. Autorizada a internação, o órgão emissor preenche no campo específico do laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar o número da AIH do paciente e a identificação do autorizador.⁵⁸

Para maiores informações sobre o Sistema de Informações Hospitalares e o módulo autorizador, deverão ser consultados o Manual de SIH/SUS do Ministério da Saúde e as portarias específicas.

A Apac é o instrumento criado em virtude da necessidade de acompanhar, controlar e individualizar os procedimentos de alta complexidade/custo realizados em nível ambulatorial, bem como a cobrança desses procedimentos. Existe um laudo específico para emissão de Apac, e ela pode ser autorizada para procedimentos de tratamento contínuo tais como: terapia renal substitutiva, oncologia, medicamentos

⁵⁸ BRASIL, 2006.

de dispensação em caráter excepcional. A autorização para a emissão de Apac ocorre antes da execução dos procedimentos e, assim como a AIH, envolve a análise do laudo e a compatibilização com as normas vigentes.

A partir de março de 2007, serão extintos todos os modelos de laudos para solicitação de Apac e utilizados os novos modelos definidos pela portaria MS/SAS n. 768, de 26 de outubro de 2006.

4.4.9 Alimentação regular dos bancos de dados dos sistemas de informações

De acordo com a portaria SAS/MS n. 586, de 24 outubro de 2005, as Secretarias Estaduais têm como responsabilidades a consolidação do banco de dados do SIA/SUS e do SIH/SUS e a atualização do banco de dados nacional do CNES e dos estabelecimentos sob gestão estadual. Deverão também receber cópia dos bancos de dados enviados ao Datasus pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema.

Em julho de 2005, com a portaria GM/MS n. 1.160, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para o desenvolvimento e a consolidação da unificação das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e Insumos Estratégicos do SUS, com previsão de implantação em 2007, substituirá as respectivas tabelas de procedimentos dos sistemas SIA e SIH/SUS e tem como objetivo principal a integração das bases de informações do SUS (SIA/SIH) e a construção do Sistema de Informações de Atenção a Saúde (SIAS).

A tabela unificada vai integrar as bases de informações dos sistemas do SUS (SIA e SIH), facilitando a identificação do procedimento e do registro da informação, aumentando a confiabilidade do dado e, dessa forma, permitindo que o mesmo sirva de subsídio para o planejamento, a programação, a regulação, a avaliação, o controle e a auditoria. Essa tabela terá sua estrutura formada por oito grupos, que se subdividirão em subgrupos, que por sua vez se subdividirão em formas de organização que conterão os procedimentos.

Os oito grupos que compõem a tabela unificada são: promoção e prevenção, procedimentos com finalidade diagnóstica, procedimentos clínicos, procedimentos cirúrgicos, transplantes de órgãos e tecidos, medicamentos e insumos terapêuticos, fornecimento de órteses, próteses e materiais especiais e ações complementares da atenção à saúde.

4.4.10 Monitoramento das ações e serviços de saúde

Em relação ao monitoramento da execução dos procedimentos realizados, o gestor deverá analisar e utilizar a informação resultante da produção dos serviços, pois ela retroalimenta o planejamento, indica auditorias e fornece indicadores para o controle, a avaliação e a melhoria da atenção à saúde.

Tanto o SIH quanto o SIA produzem relatórios de saída cujas análises devem ser utilizadas para monitorar os serviços de saúde. Dentre os relatórios de saída do SIH/SUS, temos:

- relatório de dados cadastrais do hospital;
- relatório demonstrativo de AIH pagas no processamento;
- relatório comparativo entre procedimento solicitado e procedimento realizado;
- relatório de frequência de procedimentos;
- relatórios de AIH pagas;
- relatórios de procedimentos especiais.

Dentre os relatórios de saída do SIA/SUS, temos:

- situação cadastral da unidade;
- relatório de acompanhamento da programação físico-orçamentária;
- relatório síntese da produção ambulatorial;
- relatório de frequência de procedimentos (TAB);
- relatório síntese da produção da Apac;

- relatório demonstrativo das Apac apresentadas;
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- discriminativo de pagamentos de serviços;
- relatório da situação da produção.

4.4.11 Fiscalização da execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio de ações da supervisão

A supervisão é uma atividade de acompanhamento da produção de serviços que é realizada in loco e de forma sistemática, durante a execução dos serviços. Nessa ação, são observados o funcionamento do estabelecimento e o andamento dos serviços, possibilitando intervenção e ajuste algumas vezes antes do processamento e do pagamento.

A abrangência das atividades da supervisão hospitalar depende da existência ou não do processo regulatório. A supervisão ambulatorial ainda é uma atividade incipiente no âmbito das ações de controle.⁵⁹

Processamento da produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e desenvolvimento de mecanismos de controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde. O processamento da produção ambulatorial é feito por meio do SIA/SUS para os procedimentos da atenção básica, de média e de alta complexidade e deve seguir os seguintes passos:

- atualizações de Cadastro e da Programação Físico Orçamentária (FPO);
- atualização de competência e da versão do SIA;
- consistência de tabela de valores;
- inserção e alteração de faixas numéricas das Apac;
- importação do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA);
- importação de Apac;
- importação de Siscolo;
- importação de Sisprenatal;

⁵⁹ BRASIL, 2006.

- compatibilização com o CNES, por meio do “de para”;
- geração de relatórios de erros;
- conferência de relatórios de importação de Apac e BPA;
- verificação de possíveis correções (re-importações de Apac);
- verificação de rejeição e falta de orçamento e ajuste da FPO, se for o caso;
- geração de Boletim de Diferença de Pagamento (BDP), que permite ao sistema, em virtude de correções tecno-administrativas, efetivar descontos de valores pagos a mais ao estabelecimento de saúde;
- fechamento de crédito (conferir sempre a versão, antes de fechar o crédito);
- alimentação de base para o Versia;
- geração de arquivo para o setor de pagamento;
- impressão do relatório de crédito;
- confirmação dos dados bancários;
- impressão do relatório de acompanhamento dos disquetes;
- impressão dos relatórios de acompanhamento para conferência de valores programados, aprovados e apresentados.⁶⁰

O processamento da produção hospitalar é feito por meio do SIH/SUS. O prestador do serviço realiza a entrada da AIH referente ao seu movimento hospitalar daquela competência no SIS-AIH-01. Os dados são enviados ao gestor, que os critica, valida e consolida. Em situações específicas, pode ser feito o bloqueio antes do fechamento do processamento.

No final do mês, em data estabelecida pelo gestor, haverá encaminhamento em disquete das AIH liberadas para proceder ao processamento (SISAIH 02) e gerar os vários relatórios do Sistema de Gerenciamento de AIH (SGAIH).

A partir da portaria GM/MS n. 821, de 4 de maio de 2004, foi lançado o projeto da descentralização do SIH, que visava desenvolver um sistema para microcomputadores a ser utilizado pelas Secretarias Municipais e Estaduais, cabendo ao nível federal apenas receber e manter atualizado o banco de dados nacional, a exemplo do que acontece no SIA/SUS.

⁶⁰ BRASIL, 2006.

Os objetivos do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD) são:

- garantir maior autonomia ao gestor local no processamento das informações relativas a internações hospitalares, desde o cadastramento até o pagamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) em cada competência;
- facilitar a gestão local no tocante ao controle dos seus tetos financeiros de assistência mensais;
- facilitar a relação gestor/prestador;
- disponibilizar aos gestores estaduais e municipais instrumentos tecnologicamente atualizados que contribuam para as atividades de planejamento, acompanhamento, regulação, controle e avaliação;
- permitir aos gestores, prestadores e profissionais envolvidos na prestação de assistência hospitalar aos usuários do SUS amplo conhecimento das regras do sistema, possibilitando interferir e interpretar o processamento da produção mensal;
- implantar um sistema que seja capaz de absorver gradativamente os procedimentos ambulatoriais.⁶¹

Dessa forma, o SIHD traz uma série de vantagens para o gestor exercer sua função, pois facilita o acompanhamento da programação, cruzando com o que foi realizado, facilita a análise das duplicidades, estimula a análise das críticas que foram liberadas no prestador e permite que sejam realizados vários processamentos e análises dos dados até o definitivo encerramento da competência.

O SIHD é composto pelos seguintes módulos: módulo de captação do atendimento, módulo de controle de autorização e módulo de processamento.

As alterações mais significativas em relação ao SIH centralizado são:

- alteração da numeração da AIH, que passou a ser gerada no próprio estado;
- mudança no cálculo do número máximo de diárias disponíveis por especialidade, que passa a ser calculado por número de leitos contratados e não de leitos existentes;

⁶¹ LUCAS, 2004.

- atualização mensal do módulo de cadastramento pelo Datasus e transferência para as Secretarias Estaduais dos arquivos “Terceiro Brasil” e “Estabelecimentos Habilitados”;
- registro em campo próprio do teto financeiro definido pelo gestor para cada estabelecimento. Em um primeiro momento, esse registro não será utilizado para efetuar glosa no caso de estouro de teto;
- ampliação do campo médico auditor de 5 para 10 linhas, para evitar a emissão de nova AIH por insuficiência de espaço. Procedimentos especiais deverão ser lançados em um novo campo denominado “atos profissionais e outros procedimentos”;
- bloqueio das AIH em que apareçam diagnóstico de doenças de notificação compulsória. Um relatório será emitido para conferência pela área de vigilância epidemiológica e recomenda-se que o desbloqueio só seja feito após liberação pela área técnica competente;
- geração de comprovantes de pagamentos e outros encargos financeiros pelos estados, que podem, para tanto, utilizar o sistema disponível para toda a sua área administrativa.⁶²

Uma outra questão que o gestor deve estar atento é em relação à pactuação atual de extinção do pagamento a profissionais autônomos, ou seja a extinção do código 7. Com a publicação da portaria SAS n. 158/2004, os profissionais tipo 7 passaram a ser denominados “profissionais autônomos com cessão de crédito”, cujos pagamentos eram efetuados diretamente em suas contas pelo gestor. Foi incluído no SIH o “tipo 45” para “profissionais autônomos sem cessão de crédito”, cujo CPF deve ser informado na AIH para que o crédito relativo aos serviços profissionais seja calculado em separado, mas computado no CNPJ do estabelecimento de saúde e depositado na conta do hospital com o qual o profissional tem relação de trabalho. Ou seja, o gestor paga ao hospital, que repassa os honorários para o profissional.

As Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde é que realizam o pagamento, na conta bancária informada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, após efetuar os descontos previstos em lei que incidem sobre valores decorrentes de serviços prestados.⁶³ Entretanto, os gestores estaduais e municipais, quando realizam contratos com as instituições hospitalares, o fazem considerando a capacidade

⁶² CONASS, 2005.

⁶³ CONASS, 2004.

de oferta que está disponível na instituição. Portanto, é responsabilidade dessas instituições estabelecer a forma de vínculo com seus profissionais e arcar com as obrigações trabalhistas decorrentes dessa opção.

O novo sistema prevê apenas a hipótese de contratação da pessoa jurídica, isto é, o vínculo forma-se apenas entre pessoas jurídicas. Alguns estados, tais como, São Paulo, Paraná, Minas Gerais e Bahia, já adotaram essa estratégia e extinguiram o pagamento do profissional por meio do código 7. Esse procedimento deverá ser adotado pelos demais estados, tendo em vista que o Pacto pela Saúde 2006, mais especificamente o Pacto de Gestão, traz entre suas metas a extinção do pagamento pelo gestor dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7 no prazo de um ano.

4.5 Avaliação

Apesar da importância do controle e da avaliação para a geração de informação e para a gestão em saúde, por suas inter-relações com as variadas áreas que a integram, do planejamento ao replanejamento e à auditoria do sistema, até hoje as ações têm sido muito mais focadas no controle e muito pouco em avaliação.

De acordo com o Pacto de Gestão, no tocante à avaliação, compete a Secretaria Estadual de Saúde:

- implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos por meio de análise de dados e indicadores e verificação dos padrões de conformidade;
- avaliar as ações de vigilância em saúde realizadas pelos municípios e pelo próprio estado;
- Avaliar os sistemas municipais de saúde.

A avaliação pode ser entendida como “um processo por meio do qual se determina o valor de algo. Ou seja, trata-se de determinar se um certo objeto, descrito e especificado, ao qual se apõe uma definição prévia sobre como deveria ser, é bom, mau, correto, incorreto, vale ou não a pena, está sendo realizado da maneira mais eficiente ou mais eficaz”.⁶⁴

A avaliação pode ser realizada para programas, serviços assistenciais, tecnologias, etc. No caso específico da contratação de serviços de média e alta complexidade, é necessário avaliar se as ações realizadas pelos serviços são aquelas esperadas, tanto em quantidade, como em qualidade e resultados.

As equipes gestoras devem exercer o controle das ações contratadas por meio de diversas ações, tais como:

- autorizar a emissão da AIH;
- verificar o perfil das internações realizadas (principais causas) e a adequação das internações (tipo de patologia) com a situação de saúde existente e com as tecnologias praticadas (internações evitáveis, indicações de procedimentos adequados, etc);
- analisar a mudança de procedimentos durante a internação que precede de autorização do diretor clínico do hospital, que deve constar do prontuário do paciente (por exemplo, diárias de UTI e procedimentos especiais);
- autorizar realização de exames de alta complexidade (Apac);
- analisar a fatura apresentada (BPA) e compará-la ao relatório da fatura processada e ao montante físico programado para o atendimento ambulatorial;
- analisar os relatórios dos sistemas ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH);
- verificar os indicadores e taxas de qualidade dos serviços (infecção, mortalidade, utilização, etc.);
- controlar o cumprimento das normas emanadas do MS, da SES e da Secretaria Municipal da Saúde;
- acolher denúncias de usuários, prestadores, gestores ou profissionais de saúde;
- acionar a realização de auditorias e de inspeções sanitárias, para esclarecer distorções e problemas na assistência;

⁶⁴ MALIK; SCHIESARI, 1998.

- exigir o preenchimento do número do Cartão Nacional do SUS, que é obrigatório para alguns procedimentos da AIH (por exemplo, transplantes e cirurgias de alta complexidade) e do SIA/SUS (por exemplo, diálise, medicamentos excepcionais, radioterapia e quimioterapia).

Para a realização das atividades de controle, lembramos a necessidade do uso contínuo das informações disponibilizadas pelos sistemas do SUS.

4.5.1 Avaliação de gestão

A avaliação para a gestão deve produzir informação e conhecimento que servirão como fator orientador de decisão dos gestores do SUS. A avaliação permite identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhoria, devendo ser realizada de forma sistemática, retroalimentando o processo de planejamento e contribuindo com a transformação da gestão.

Trata-se da análise da estrutura, dos processos e dos resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde. É fundamental a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem acessibilidade, integralidade da atenção, resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados.⁶⁵

MEDINA, AQUINO e CARVALHO⁶⁶ apontam que, na prática, nem sempre é fácil distinguir estrutura, processo e resultado, pois que a organização dos serviços de saúde é complexa e os diversos pontos de vista dos atores focalizam aspectos diferentes na sua definição. Outra crítica é a de que uma boa estrutura nem sempre

⁶⁵ BRASIL, 2006.

⁶⁶ MEDINA; AQUINO; CARVALHO, 2000.

está relacionada com um bom processo e com bons resultados. Os resultados em saúde, por sua vez, estão relacionados com a multideterminação, sendo a qualidade dos serviços e sistemas apenas um dos fatores das condições de saúde.⁶⁷

A avaliação pode ser direta, por meio da observação e da coleta dados primários, ou indireta, por meio da análise de indicadores. Os indicadores podem ser de gestão dos sistemas de saúde ou podem traduzir especificamente os serviços de saúde. Um indicador será, portanto, uma representação, numérica ou não, que, considerando as nossas referências e critérios, nos permite, a partir da “preferência” que damos a determinados eventos (atividades realizadas, ocorrência de doenças, etc.), produzir informações visando elaborar um conhecimento quantitativo ou qualitativo sobre uma determinada situação, com o propósito de tomar decisões e agir para transformar a realidade compreendida no espaço indicado. Dessa forma, o processo de produção de informações, além de contínuo, deve ser suficientemente sensível para captar as transformações que ocorrem numa situação de saúde.

Basicamente, um sistema de informação deve produzir indicadores que sejam capazes de medir a eficiência na utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível, evitando desperdícios, a eficácia das ações produzidas no sentido do alcance dos melhores resultados possíveis, principalmente com relação à cobertura (número de pessoas atingidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa) e a efetividade no alcance de transformações concretas da situação de saúde, coerentes com os objetivos propostos pela gestão.⁶⁸

Com certeza não existem indicadores que, isoladamente, sejam capazes de contemplar todos os atributos de qualidade listados. Portanto, é necessária a escolha de um conjunto de indicadores, e essa escolha deve decorrer das perguntas que buscamos responder e do tipo de decisão que se quer apoiar.

Quando se trata de avaliação de gestão, deve ser observado o cumprimento dos planos de saúde expressos nos relatórios de gestão e os Termos de Compromisso de Gestão. Este último expressa as responsabilidades sanitárias e as atribuições do

⁶⁷ BRASIL, 2006.

⁶⁸ CONASS, 2003.

respectivo gestor, as metas e os objetivos do pacto pela vida, as prioridades dos três gestores e os indicadores de monitoramento que integram os diversos processos de pactuação dos indicadores existentes.

Nesse sentido, a avaliação dos Termos de Compromisso de Gestão deve ser um processo permanente no âmbito de cada esfera de governo e ser orientada pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o referido Termo. Além disso, deve ser englobado o monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações em que os gestores não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do termo de compromisso.

4.5.2 Avaliação de sistemas de saúde

As definições, conceitos e categorias analíticas usadas para definir ou analisar os sistemas de saúde variam segundo valores, princípios e concepções existentes sobre o que é saúde e qual o papel do estado em relação da população que vive em seu território.

Sistema de saúde não é entendido apenas como uma rede prestadora de serviços, mas como uma complexa e organizada resposta social e política às necessidades, às demandas e aos direitos em saúde, em determinada sociedade e época, pressupondo a prestação de serviços individuais e coletivos, assim como a participação em ações intersetoriais que visem melhorar a saúde da população.

Avaliar os sistemas de saúde consiste em emitir um juízo de valor ao sistema encontrado, numa comparação com o esperado (preceito legal, ótimo, padrão, meta, etc.), consistindo, assim, numa medida de aprovação ou desaprovação daquele sistema de saúde em relação a um outro (ideal ou real) ou a ele mesmo no tempo.

A avaliação do sistema de saúde deve verificar a pertinência das ações de saúde que foram priorizadas no Plano de Saúde, consoante ao perfil de mortalidade e morbidade nos serviços oferecidos.

Avaliar um sistema de saúde é avaliar se as competências de cada esfera de governo estão sendo exercidas, do mesmo modo que avaliamos a resolutividade de cada nível de atenção à saúde na descentralização.

Avaliar sistemas de saúde deve ser atividade contínua do planejamento, todavia, mais do que nunca, a busca do resultado deve ser elemento que disponha para a comunidade do “saber em saúde” para que ela direcione sua transformação.⁶⁹

A avaliação dos sistemas de saúde deve ter pelo menos três componentes: a avaliação dos resultados das condições de saúde da população, a avaliação da política de saúde consoante aos princípios do SUS e a avaliação dos recursos utilizados.⁷⁰

4.6 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)

Em 1998, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que se caracterizou por uma pesquisa de satisfação dos usuários nas unidades de pronto-socorro, ambulatório e internação, além da aplicação de um roteiro técnico de avaliação realizado pelos gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários.

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde optou por reformular o PNASH, com o objetivo de torná-lo mais amplo, para que pudesse ser aplicado nas diversas complexidades dos serviços de saúde. Assim, a partir de 2004 passou a denominá-lo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS).

O objetivo do PNASS é avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, buscando a apreensão mais completa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões. Foi definido pelo MS que essa avaliação ocorreria a cada dois anos.

⁶⁹ BRASIL, 2006.

⁷⁰ BRASIL, 2005.

O instrumento desenvolvido no PNASS possui quatro dimensões avaliativas:

- roteiro de padrões de conformidade;
- indicadores de produção;
- pesquisa de satisfação dos usuários;
- pesquisa das condições e relações de trabalho.

No roteiro de padrões de conformidade foram definidos vinte e dois critérios, divididos em três blocos, conforme tabela abaixo:

BLOCOS	CRITÉRIOS
1) GESTÃO ORGANIZACIONAL	1. Liderança e organização
	2. Demanda, usuários e sociedade
	3. Gestão da informação
	4. Gestão de pessoas
2) APOIO TÉCNICO E LOGÍSTICO	5. Gerenciamento de risco
	6. Gestão de infra-estrutura física
	7. Gestão de equipamentos
	8. Gestão de materiais
	9. Higiene do ambiente e processamento de roupas
	10. Alimentação e nutrição
	11. Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia (SADT)
	12. Serviços de hemoterapia
3) GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	13. Humanização da atenção
	14. Atenção imediata –urgência/emergência
	15. Atenção em regime ambulatorial de especialidades*
	16. Atenção em regime de internação
	17. Atenção em regime de terapia intensiva
	18. Atenção cirúrgica e anestésica
	19. Atenção materno-infantil*
	20. Atenção radioterápica*
	21. Atenção quimioterápica*
	22. Atenção ao renal crônico – Terapia Renal Substitutiva*

* inclusive serviços isolados

O fluxo das informações de entrada e saída de dados é gerenciado pelo sistema de informação do PNASS, o SIPNASS, disponível na Internet pelo endereço <http://pnass.datasus.gov.br>. O fluxo se inicia com a inserção de uma senha de acesso específica para cada gestor. A partir daí, são disponibilizadas as informações dos estabelecimentos de saúde, amostra das pesquisas e indicadores.

Para avaliação dos critérios, foram definidos padrões de conformidade sentinelas, ou seja, itens que sinalizam risco ou qualidade, classificados como imprescindíveis (I), necessários (N) e recomendáveis (R). Em cada critério, há dois itens para cada classificação, totalizando seis itens por critério.

Os padrões classificados como imprescindíveis são exigidos em normas e seu não cumprimento acarreta riscos imediatos à saúde. Nesse momento, é identificada a necessidade de intervenção urgente. Os padrões classificados como necessários também são exigidos em normas e seu não cumprimento acarreta riscos, mas riscos mediatos. Uma vez que o padrão não é cumprido pelo serviço, é definido um prazo para adequação. Os padrões recomendáveis não estão descritos em normas e determinam um diferencial de qualidade na prestação do serviço.

A análise de indicadores é uma das dimensões avaliativas do PNASS. A base de dados utilizada é a do CNES, do SIA, do SIH e da Apac e os indicadores utilizados são os tradicionais de avaliação, descritos em base normativa do Ministério da Saúde. Será analisada a adequação mediante parâmetros estabelecidos pela média regional e nacional de grupos de diferentes tipologias de serviços (considerando grupos mais homogêneos que permitam maior comparabilidade) e tendências.

Para a pesquisa de satisfação dos usuários, os itens a serem verificados são os seguintes:

- agilidade no agendamento da consulta;
- agilidade no atendimento;
- acolhimento;
- confiança;
- ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído);
- roupas;
- alimentação;
- marcas da humanização;

- gratuidade;
- expectativa sobre o serviço.

A pesquisa das condições e relações de trabalho é realizada por meio de questionário de autopreenchimento pelos profissionais de saúde das classes médica, de enfermagem (técnico e auxiliar) e administrativa (auxiliar), avaliando o clima organizacional e a percepção frente à qualidade dos serviços prestados.⁷¹ O cálculo amostral para a quantidade de entrevistas da pesquisa das relações e condições de trabalho é feito de acordo com o número de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

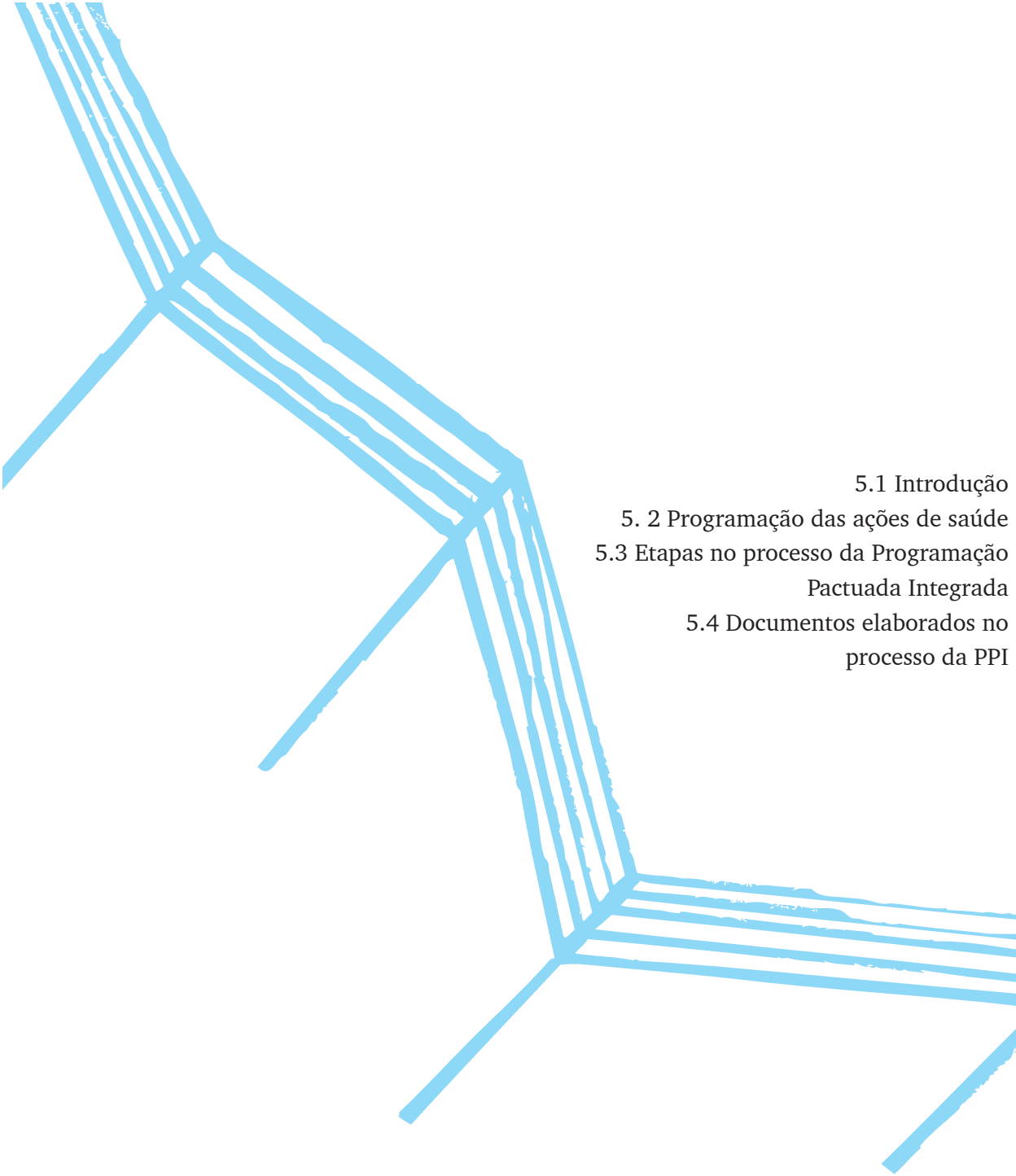
4.7 Acreditação hospitalar

A acreditação é um processo de avaliação externa de caráter voluntário, por meio do qual uma organização, em geral não governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões previamente estabelecidos que visam melhorar a qualidade do cuidado ao paciente.

A acreditação começou a ser discutida no âmbito do Ministério da Saúde em 1995, com a criação do Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde (PGAQS). A partir daí, foi formada a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade e, em 1998, foi lançado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.

Em maio de 2006, a RDC (Anvisa) n. 93 aprovou o novo Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as normas para o processo de avaliação. Mais informações sobre o assunto estão disponíveis nos sites da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – www.anvisa.gov.br, da Organização Nacional de Acreditação – www.ona.org.br e do Consórcio Brasileiro de Acreditação – www.cba.org.br ou www.farmaceticovirtual.com.br.

⁷¹ BRASIL, 2004.

- 
- 5.1 Introdução
 - 5.2 Programação das ações de saúde
 - 5.3 Etapas no processo da Programação Pactuada Integrada
 - 5.4 Documentos elaborados no processo da PPI

5.1 Introdução

A Constituição Federal de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde, propõe profundas mudanças na área da saúde no país. Além de definir, no seu artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do estado...”, define, no seu artigo 198, que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”.

Em 1990, por meio da Lei n. 8.080, foi instituído que a combinação de alguns critérios seria a base para o estabelecimento de valores a serem repassados para os estados, o Distrito Federal e os municípios. Dentre outros, define como critérios o perfil epidemiológico da população, o perfil demográfico da região e a rede de saúde da área.⁷²

Durante a década de 1990, até o ano de 2001, o processo de construção do Sistema Único de Saúde foi implementado a partir de normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, tendo como documentos norteadores as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB), que representaram importantes instrumentos de consolidação do mesmo no país. Uma delas, a NOB 01/1996, teve um importante significado para a programação das ações de saúde, no momento que instituiu, além de uma significativa mudança na lógica do repasse dos recursos federais para os estados

⁷² BRASIL, 1990.

e municípios, por meio do estabelecimento do Piso Assistencial Básico (PAB), um valor per capita nacional para o custeio de procedimentos e ações de assistência da atenção básica, a Programação Pactuada Integrada (PPI), como um instrumento essencial para a programação e a alocação dos recursos destinados ao custeio das ações, consideradas como de média e alta complexidade.⁷³

No entanto, apesar dos avanços, persistiu, ainda, a lógica de pagamento por produção de serviços ou a definição de tetos financeiros municipais que, em geral, tinham como base o potencial de oferta existente no território municipal. Isso significou, em muitas situações, uma concentração de recursos ou em cidades mais desenvolvidas, ou numa lógica de serviços ofertados.

Contudo, sempre buscando o aperfeiçoamento e a consolidação do processo de implantação do SUS, os debates e negociações entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o Conasems continuaram, culminando com a elaboração de uma nova Norma Ministerial, editada em 2001 e denominada de Norma Operacional da Assistência, a Noas 01/2001. No seu contexto, estabelece o “processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”, instituindo como instrumento ordenador desse processo o Plano Diretor de Regionalização (PDR). No capítulo I, item 4, define que, “dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode ser subdividido em regiões e/ou microrregiões, além dos módulos assistenciais”.⁷⁴

Logo no ano seguinte, em 27 de fevereiro de 2002, essa norma é reeditada e publicada em forma de portaria ministerial, denominada de Noas 01/2002, contemplando no seu contexto alterações em relação à proposta do comando único sobre os prestadores de serviços do SUS, mantendo a proposta de hierarquização e a regionalização dos serviços numa perspectiva de reorganização da saúde, com vistas a garantir o acesso da população, de forma integrada e equânime.⁷⁵

⁷³ BRASIL, 1996.

⁷⁴ BRASIL, 2001.

⁷⁵ BRASIL, 2002.

Em consonância com as orientações da Noas, objetivando a redução das desigualdades de oferta e acesso e a melhoria da qualidade de vida da sua população, os estados elaboraram seus respectivos Planos Diretores de Regionalização (PDR), definindo assim desenhos territoriais que deveriam ser as novas bases para o planejamento e programação das ações de saúde.

Embora já instituída na NOB 01/1996, a Programação Pactuada Integrada foi definida pela Noas 01/2002 como um instrumento fundamental de planejamento das ações e serviços de saúde, em busca da integralidade da atenção e da equidade na distribuição dos recursos.

Nesse contexto, a coordenação do processo de elaboração da programação das ações de saúde passa a ser de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde. Propõe-se que os gestores estaduais definam e aprovem, nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), a macro alocação do recurso financeiro federal do SUS destinado ao financiamento dos procedimentos, em nível ambulatorial e de internação, bem como os parâmetros e a metodologia a serem utilizados na Programação Pactuada e Integrada.

Entre 2001 e 2005, as Secretarias Estaduais de Saúde buscaram, por meio de diferentes metodologias de programações, assegurar a integralidade da atenção à saúde e garantir o acesso da população aos diferentes serviços de saúde. Além disso, de acordo com as orientações contidas nessa norma, para toda e qualquer alteração dos limites financeiros estaduais e/ou municipais, é de competência dos estados manter o Ministério da Saúde atualizado, por meio das planilhas preconizadas. Os recursos federais destinados à assistência para cada estado compõem o Limite Financeiro da Assistência, integrado por recursos da atenção básica e da assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Nesse período ocorreram muitos avanços considerados importantes para consolidação do SUS. As programações pautadas nas diretrizes da descentralização e da regionalização, sob coordenação dos estados, proporcionaram negociações entre os gestores municipais para pactuações das referências intermunicipais, assim como apoiaram os municípios na elaboração das programações e pactos dos indicadores da atenção básica. Essa proposta permitiu maior transparência à alocação dos recursos,

por meio das publicações dos limites financeiros dos estados e dos municípios, com definições das parcelas destinadas ao atendimento da população própria e da população referenciada.

No entanto, mesmo tendo sido a PPI uma das recomendações instituídas pela Noas que, com maior ou menor intensidade, tenha se efetivado em todas as Unidades Federadas, o processo ainda demonstrava várias fragilidades, apontando, dentre outras, a necessidade de se continuar buscando modelos que superem a fragmentação das políticas e dos programas de saúde, que promovam maior integração das várias áreas da atenção à saúde, que respeitem as diferenças locais-regionais, que busquem a configuração de redes assistenciais e que implementem o sistema de controle, regulação e avaliação.

Em 2003, com base nos consensos firmados na Carta de Sergipe, elaborada no 1º Seminário para Construção de Consensos, com participação dos Secretários Estaduais de Saúde das 27 Unidades Federadas, os gestores estaduais propuseram ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS, entendendo que o mesmo deveria integrar ações de promoção à saúde, à atenção primária, à assistência de média e alta complexidade, à epidemiologia, ao controle das doenças e à vigilância sanitária e ambiental, além de contribuir para um modelo de atenção a ser construído sob a égide da responsabilidade sanitária, em sintonia com os princípios do SUS e adequado à realidade das diferentes regiões do país.⁷⁶

Em fevereiro de 2006, foi publicada a portaria GM/MS n. 399, com a definição das diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, contemplando o pacto firmado entre os gestores do SUS em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. No seu contexto, o Pacto instituiu o “Termo de Compromisso de Gestão” estadual e municipal, como instrumento que deverá formalizar as responsabilidades dos três entes federados.

Em 22 de maio de 2006, ainda sobre a Programação Pactuada e Integrada, o Ministério da Saúde publicou a portaria n. 1.097, e, no volume 5 da série Pactos pela Saúde, publicou as diretrizes sobre a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde, contendo parâmetros assistenciais como subsídios para orientar os gestores na elaboração da PPI.

⁷⁶ CONASS, 2003.

5.2 Programação das ações de saúde

5.2.1 Considerações gerais

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) representa um importante instrumento para a alocação dos recursos financeiros destinados à assistência, e, fundamentalmente, para a explicitação das responsabilidades de cada gestor na organização das ações de saúde. É um dos momentos do processo de planejamento que, considerando os princípios do SUS, visa garantir o acesso da população a todos os níveis do sistema, de forma equânime, buscando a integralidade da atenção. Além de conferir transparência na distribuição dos recursos, dos critérios e dos parâmetros adotados, ela subsidia os sistemas de controle, acompanhamento, regulação e avaliação.

O Pacto pela Saúde prevê que as ações de atenção básica sejam de responsabilidade de cada município, portanto, no instrumento de programação não é prevista a referência dessas ações, embora, na prática, alguns municípios brasileiros ainda não realizem todas as ações e procedimentos considerados na atenção básica. Logo, considerando as especificidades de cada estado, a SES deve considerar essas situações no momento da elaboração da programação, assim como discutir formas para que esse processo seja assumido integralmente pelo gestor municipal, por meio de cooperação técnica e financeira. Com relação à programação das ações de média e alta complexidade, a diretriz prevê que, quando o serviço necessário estiver localizado em um outro município, o gestor estadual coordene o processo de pactuação entre os gestores municipais para a garantia do atendimento de seus munícipes, em fóruns legitimados, e que essas negociações sejam apreciadas e aprovadas pelas CIB e pelos Colegiados de Gestão Regionais.

Uma das diretrizes explicitada no Pacto de Gestão, que norteia o processo de PPI, é a de que a programação deve ser realizada de forma ascendente, partindo das ações de atenção básica, de forma que contemple as necessidades de saúde a partir da atenção primária. Além das áreas prioritárias definidas no Pacto pela Vida, os gestores estaduais e municipais devem contemplar, nas suas programações, outras áreas e/ou ações de saúde, em consonância com seus planos de governo.

Para que esses mecanismos sejam efetivados, propõe-se um modelo de conformação de redes de atenção à saúde regionalizadas e hierarquizadas, tendo com eixo norteador o Plano Diretor de Regionalização de cada uma das Unidades Federadas, considerando a regionalização como uma diretriz do SUS e um eixo estruturante do Pacto de Gestão. Além disso, as formulações das propostas devem ser negociadas passo a passo nas CIB, tanto estaduais quanto regionais, em coerência com as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde e nos pactos estabelecidos, respeitando-se as realidades loco-regionais e considerando os recursos financeiros existentes.

Os gestores, ao definir os critérios e parâmetros a serem utilizados para iniciar o processo de programação de ações e serviços, devem avaliar as necessidades, as demandas e a disponibilidade de recursos físicos e financeiros. O que não se pode perder de vista são as metas e os objetivos e a serem atingidos a partir das programações das ações, sejam eles os pactuados em nível nacional, regional ou municipal.

Nesse sentido, para estabelecimento dos critérios e parâmetros das programações, mesmo podendo sofrer adequações regionais ou locais, existem recomendações que se constituem como orientações aos gestores. Uma delas, publicada em 12 de junho de 2002, e que permanece em vigência, é a portaria GM n. 1.101, que contém parâmetros de programação relacionados às ações e aos procedimentos ambulatoriais e de internações. Existem, também, portarias ministeriais específicas que dispõem sobre os parâmetros para a organização e a implantação de áreas específicas, a exemplo do caso de oncologia, da atenção aos pacientes com transtornos mentais, do atendimento às urgências e emergências, e de outras, que estão disponibilizadas no site do CONASS –www.conass.org.br, no do Ministério da Saúde/Secretaria da Atenção/Portarias, ou no Diário Oficial da União – www.in.gov.br. Os gestores podem também, com base nos protocolos clínicos e linhas de cuidados definidas para a atenção a grupos prioritários e agravos prevalentes, elaborar a programação das ações e serviços.

Uma importante mudança instituída pelo Pacto pela Saúde a ser considerada na proposta da Programação Pactuada e Integrada é a alocação de recursos em cinco blocos, sendo um deles relativo ao financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade. Outro aspecto relacionado à programação que merece

destaque, por ser mais uma das mudanças instituídas pelo Pacto pela Saúde, é a incorporação, na PPI, das ações financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

O CONASS tem estimulado e apoiado as equipes das SES a desenvolverem atividades para a integração das programações da assistência e de vigilância à saúde, mas, ainda que possam ter ocorrido alguns avanços no decorrer dos últimos anos, esse é um desafio ainda a ser vencido. É necessário que se avance no sentido de integrar essas programações, ainda dispersas no Pacto de Indicadores da Atenção Básica, na PPI das Ações de Média e Alta Complexidade, na PPI da Vigilância a Saúde e no Termo de Ajuste e Metas da Vigilância Sanitária.

5.2.2 Periodicidade da PPI

O Pacto de Gestão, dentre as diretrizes norteadoras para o processo, no que tange à periodicidade da Programação Pactuada Integrada, estabelece que a realização da mesma deve ocorrer a cada mudança da gestão estadual, considerando que é a Secretaria Estadual de Saúde que coordena esse processo. Obviamente, devem ocorrer revisões periódicas sempre que necessárias, seja em decorrência de alterações de fluxo no atendimento da população, seja em função da oferta de serviços (implantação e/ou ampliação de serviços, desativação de serviços e /ou de unidades de saúde, etc.), ou ainda por mudanças na tabela de procedimentos do SUS ou alterações nos limites financeiros.

5.2.3 Monitoramento da PPI

Outro aspecto de fundamental importância é a adoção do processo de monitoramento e avaliação da PPI, função a ser realizada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. O processo deve ser permanente, por meio de análises comparativas não somente entre as ações programadas e realizadas, ou entre valores produzidos e valores programados, mas também de outras que possam auxiliar na revisão da PPI ou dos

parâmetros adotados, a exemplo, dentre outros, dos fluxos pactuados e ocorridos, dos percentuais de internações adotados e realizados (total e por clínica) e dos valores médios adotados.

5.3 Etapas no processo da Programação Pactuada Integrada

A condução da Programação Pactuada Integrada, constituída de várias etapas, é de responsabilidade dos gestores estaduais. No entanto, para o êxito e a consolidação da proposta, é necessário que haja a participação de todos os gestores municipais de saúde durante o processo.

Toda a proposta deve ser pautada nas necessidades e nas prioridades que serão contempladas pela programação e pactuada no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite e dos Colegiados de Gestão Microrregionais e/ou Macrorregionais. Igualmente, é importante para a condução do processo que seja instituído um grupo de trabalho, com representação da SES e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems), para definição e pactuação das diretrizes gerais para a programação, contemplando, além dos parâmetros, a metodologia a ser utilizada, o sistema de informações que será utilizado (o MS disponibiliza o SISPPPI), o prazo e o local.

5.3.1 Macro-alocação dos recursos

Como primeira etapa, cabe aos gestores estaduais de saúde a elaboração de estudos para definição da macro-alocação dos recursos financeiros disponibilizados (federal e estadual, quando couber) para a programação das ações e serviços de saúde. A proposta deve contemplar, separadamente, o volume de recursos a ser utilizado para:

- a) o financiamento dos procedimentos ambulatoriais;
- b) o financiamento dos procedimentos de alta complexidade;
- c) o financiamento das internações hospitalares de média complexidade;
- d) o financiamento das internações hospitalares de alta complexidade;
- e) reserva técnica, a ser alocado após a consolidação da PPI;
- f) também devem aqui ser definidos, os incentivos permanentes que envolvam recursos de custeio.

5.3.2 Levantamento da capacidade instalada dos municípios

O levantamento prévio da capacidade instalada, existente nos municípios, de acordo com as regiões de saúde e com base nos dados atualizados do sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), também pode se caracterizar como uma etapa preliminar que subsidiará a programação e que pode ser realizada pelas SES ou pelo grupo de trabalho anteriormente citado.

5.3.3 Definição dos parâmetros

A PPI deve refletir as necessidades de realização de ações e procedimentos para a melhoria de saúde de uma determinada população, portanto, os parâmetros utilizados para sua elaboração devem considerar as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde, com base no perfil epidemiológico e demográfico, na disponibilidade de serviços e dos recursos financeiros para sua execução. Pode-se definir parâmetros baseados em valores per capita por procedimento, por população, por áreas programáticas (mulher, criança, idoso, adolescente), ou ainda por linhas de cuidado (atenção materno-infantil, hipertensão, diabetes, câncer de colo uterino e de mama).

Para dar consistência à programação, é importante que se estabeleçam linhas de cuidado que são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição

ou patologia, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária, e por todos os pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde.

Portanto, ao construir as linhas de cuidado, se contemplam todas as ações e serviços necessários para atender determinada condição e se definem todos os procedimentos, que se expressam na programação em todos os pontos de atenção necessários. As linhas guias devem ser orientadas por protocolos clínicos. Os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou da patologia e em um ponto de atenção específico.⁷⁷

Para a programação das ações de alta complexidade, o MS propõe a utilização de parâmetros estabelecidos nas portarias ministeriais específicas, que se traduzem em percentuais relacionados ao número de consultas especializadas ou com base populacional.

Os parâmetros adotados pelos gestores para programação das internações hospitalares podem variar de acordo com o perfil epidemiológico ou o uso de tecnologias e técnicas ambulatoriais. Porém, o MS estabeleceu, na portaria n. 1.101, o percentual máximo de 8% de internações por habitante por ano.

5.3.4 Negociação entre os gestores municipais de saúde

Em primeira instância, é importante que cada gestor municipal realize a programação local das ações de atenção básica. Tendo como base os quantitativos de procedimentos e/ou os valores definidos para financiamento das ações referentes à população residente nos seus territórios, os gestores municipais devem efetivar suas programações das ações de média e alta complexidade. Quando o serviço não existir em território próprio, os encaminhamentos intermunicipais e/ou interestaduais devem ser pactuados entre os gestores (de origem e de destino), sob a coordenação do gestor estadual, obedecendo aos parâmetros e critérios pré-estabelecidos e pactuados nas CIB.

⁷⁷ CONASS, 2003.

5.3.5 Consolidação das programações e definição dos limites financeiros municipais

Concluídas as programações municipais, as Secretarias Estaduais de Saúde ou a equipe de trabalho formada com técnicos da SES e do Cosems devem consolidar o processo e compor as planilhas especificadas no anexo II da portaria GM/MS n. 1.097, de 22 de maio de 2006. A partir dessas consolidações, serão definidos os limites financeiros de cada um dos municípios, contemplando a parcela referente ao atendimento da população própria e da população referenciada, resultante das negociações intermunicipais ou interestaduais. Quando couber, os tetos serão acrescidos dos valores definidos como fundo de reserva e como incentivos de custeio.

O Ministério da Saúde disponibiliza um sistema de informação para o desenvolvimento e acompanhamento da PPI, o SISPPi, que pode ser acessado pelo endereço <http://saude.gov.br/sas>. Para instalar os aplicativos (programas) SisPPIEstadual.exe e SisPPIMunicipal.exe é necessário fazer o download dos arquivos de instalação dos mesmos, ou seja, copiar o arquivo da Internet para o computador em que o programa será instalado. Os estados que fizerem opção pela não utilização do SISPPi devem adotar sistemas de informação que gerem as informações definidas pela referida portaria.

5.3.6 Divulgação e encaminhamento dos limites financeiros

Uma vez aprovados pela CIB, os limites financeiros de Média e Alta Complexidade (MAC) devem ser publicados em órgão oficial nos estados e encaminhados ao Ministério da Saúde até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite. É importante que as Secretarias Estaduais de Saúde acompanhem o recebimento e a publicação dos recursos estabelecidos no Diário Oficial da União, por parte do Ministério.

5.3.7 Alterações dos limites financeiros

Para proceder quaisquer alterações dos limites financeiros em vigor, sejam elas referentes ao estado ou a um, alguns, ou a totalidade dos municípios, as Secretarias Estaduais de Saúde devem preencher os quadros anexos à portaria n. 1.097, e encaminhá-los à Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, até o dia 25 do mês anterior à competência em que vigorará o novo limite financeiro. Essas orientações também se aplicam às modificações em razão de publicações de portarias que incorporam recursos financeiros, inclusive os incentivos como Samu, CEO, Caps e Saúde do Trabalhador, entre outros. De acordo com o artigo 12 da referida portaria, excetuando os casos excepcionais, devidamente justificados pelas CIB estaduais e analisados pela SAS, as alterações não terão efeitos retroativos.

5.4 Documentos elaborados no processo da PPI

5.4.1 Termo de Garantia de Acesso

De acordo com o anexo I da portaria GM/MS n. 1.097, de 22 de maio de 2006, o Termo de Garantia de Acesso é o documento que expressa o compromisso de um determinado gestor municipal de saúde em realizar atendimento a usuários do SUS procedentes de outro(s) município(s). Com base na PPI, deve conter, além da relação dos municípios que pactuaram referenciar população, as metas físicas e orçamentárias das ações a serem ofertadas em seu território.

5.4.2 Quadros com os limites financeiros da assistência de média e alta complexidade

Os quadros, que serão detalhados em seguida, bem como o ofício de encaminhamento dos mesmos ao Ministério da Saúde, devem ser devidamente assinados pelos coordenadores estadual e municipal das respectivas CIB estaduais. Em anexo, deve constar a cópia da resolução da CIB que aprova e justifica as referidas alterações. Os quadros também devem ser encaminhados ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema por meio do endereço eletrônico ppiassistencia@saude.gov.br.

É importante que os dados finais, tanto referentes às programações municipais, quanto aos limites financeiros, estaduais e municipais, sejam disponibilizados para os municípios e os Cosems, dentre outros interessados, como por exemplo, as Centrais de Regulação. Para tanto, as Secretarias Estaduais de Saúde devem estabelecer mecanismos para divulgação dos mesmos. Os quadros detalhados a seguir devem explicitar os limites financeiros anuais estabelecidos para o financiamento da assistência de média e alta complexidade (MAC), ambulatorial e hospitalar, do estado e dos seus respectivos municípios.

QUADRO 1 – DETALHAMENTO DA PPI EM TODOS OS MUNICÍPIOS DA UNIDADE FEDERADA

Aqui devem ser apresentados os valores anuais destinados à assistência ambulatorial e hospitalar, por município, explicitando o total a ser utilizado para o atendimento da população própria (munícipes) e o total a ser utilizado para atendimento de população referenciada, oriunda de outro(s) município(s), de acordo com a PPI.

Na coluna “Incentivos permanentes de custeio” devem ser registrados, por município, os valores anuais definidos para o custeio dos Centros de Referência do Trabalhador, do Samu, do Integrasus, do Iapi e do Fideps, bem como dos 50% do impacto dos Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e do incentivo de adesão à contratualização dos hospitais filantrópicos. São valores anuais que devem ser pactuados nas CIB e publicados em portarias ministeriais. Os valores referentes ao custeio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) devem ser inseridos nas colunas de população própria e referenciada.

Se for o caso, podem-se registrar os valores pactuados por município, para atendimento de população própria em outros estados, bem como os valores pactuados para atender usuários do SUS oriundos de outros estados.

Na coluna “Ajustes” devem ser registrados, por município, os valores que, em geral, são definidos previamente pela CIB, quando da definição da macro-alocação, para situações que extrapolam o processo de negociação entre os gestores (por exemplo, o aporte de recursos para cidades pólo, para cidades turísticas, para população flutuante, etc.) e/ou valores que se referem à publicação de portarias que dão aportes de recursos que ainda não tiveram definição quanto ao total para ambulatório, internação, população própria ou referenciada, a exemplo de impactos de tabela.

QUADRO 2 – DETALHAMENTO DOS VALORES PROGRAMADOS NAS SES

Destina-se ao registro dos valores definidos pelas SES e aprovados nas CIB para custeio de áreas específicas (hemorrede, tratamento fora de domicílio, etc.), que não foram para programação municipal.

QUADRO 3 – DETALHAMENTO DOS VALORES ENCAMINHADOS A MUNICÍPIOS DE OUTRAS REGIÕES INTERESTADUAIS

Se houver interesse e pactuação interestadual, o quadro permite o registro dos valores destinados para atendimentos em outras Unidades Federadas, totalizados por estado, que devem ser identificados se estão sob gestão estadual ou municipal.

QUADRO 4 – DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS EM FUNÇÃO DE TCEP ENTRE OS GESTORES ESTADUAL E MUNICIPAL

O Termo de Cooperação entre Entes Públicos (TCEP) destina-se a formalizar a contratação dos serviços de saúde ofertados e a respectiva forma de pagamento de unidades sob gestão de uma esfera de governo e gerência de outra. A gerência pode ser estadual e gestão municipal ou gestão estadual e gerência municipal. O termo deve estabelecer o papel da unidade no sistema de acordo com a abrangência

e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas físicas a serem cumpridas, o volume de prestação de serviços e o grau de envolvimento na rede estadual de referência.

No termo, são definidos os valores de repasse firmados por unidade de saúde. Mensalmente, o recurso (1/12 do valor anual informado) será descontado do limite do município ou estado pelo Fundo Nacional de Saúde, e transferido diretamente ao Fundo de Saúde do estado ou município. Atentar que se faz necessário o número do código da unidade, em conformidade com o CNES, bem como o número do termo e a data de publicação do seu extrato.

QUADRO 5 – DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS EM FUNÇÃO DE ESTABELECIMENTOS SOB GESTÃO ESTADUAL

No caso de unidades de saúde sob gestão estadual, devem ser registrados neste quadro os valores que correspondem aos serviços que ficarão sob gestão estadual em cada município. São valores a serem descontados do quadro 1 para transferência direta aos Fundos Estaduais de Saúde.

QUADRO 6 – DETALHAMENTO DOS VALORES A SEREM DESCONTADOS DA PPI DOS MUNICÍPIOS PARA RETENÇÃO DOS RECURSOS PELO FNS E TRANSFERÊNCIA DIRETA ÀS UNIDADES PRESTADORAS UNIVERSITÁRIAS FEDERAIS

Destina-se ao registro dos valores firmados nos termos de contratos entre o gestor estadual ou municipal e a unidade prestadora universitária federal. Mensalmente, o recurso (1/12 do valor anual informado) será descontado do teto do município ou do estado, pelo Fundo Nacional de Saúde, e transferido diretamente ao prestador. Quando a unidade estiver sob gestão municipal, as informações devem ser inseridas na primeira parte do quadro, quando estiver sob gestão estadual, na segunda parte do quadro. Atentar que se faz necessário o número do código da unidade, em conformidade com o CNES, bem como o número do termo e a data de publicação do extrato.

QUADRO 7 – VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

São valores extraídos de quadros anteriores que, ao final, demonstrarão o valor final a ser repassado ao Fundo Municipal de Saúde de cada município. Referem-se a totais obtidos nos quadros 1, 4, 5 e na primeira parte do quadro 6.

QUADRO 8 – VALORES DE REPASSE AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

São valores extraídos de quadros anteriores que, ao final, demonstrarão o valor final a ser repassado ao Fundo Estadual de Saúde. Referem-se a totais obtidos nos quadros 2, 4, 5 e na segunda parte do quadro 6.

QUADRO 9 – CONSOLIDADO DA PROGRAMAÇÃO

São valores extraídos de quadros anteriores que, ao final, demonstrarão o valor final da programação. Referem-se a totais obtidos nos quadros 6, 7 e 8.

- 6.2 O Sistema Nacional de Auditoria
- 6.3 Organização do componente estadual do SNA
- 6.4 Estruturação mínima para o funcionamento do componente estadual do SNA
- 6.5 Atuação do componente estadual de auditoria
- 6.6 Atividades da auditoria do componente estadual do SNA
- 6.7 Execução das atividades de auditoria
- 6.8 O componente estadual do SNA e o Pacto pela Saúde
- 6.9 Considerações finais

6.1 Histórico

Até o ano de 1976, as atividades de controle na saúde, instituídas pelo então Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), eram desempenhadas pelos chamados “supervisores”, que atuavam por meio de apurações em prontuários de pacientes e, principalmente, em contas hospitalares. Nessa época, não havia auditorias diretas em hospitais, sendo as atividades desempenhadas apenas como um controle formal e técnico. Nesse mesmo ano, as chamadas “contas hospitalares” foram transformadas em Guias de Internação Hospitalar (GIH).

A partir de 1977, já nessa nova estrutura, foi criado o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares, que buscava um controle mais efetivo da produção e dos gastos na assistência médica, na tentativa de “influenciar na diminuição de fraudes e irregularidades”, pois a lógica em que foi desenvolvido o sistema de pagamento dos hospitais, “quanto mais se faz, mais se paga”, estimulava o faturamento de procedimentos pelos prestadores de serviços.

No ano de 1978 foi criada a Secretaria de Assistência Médica, subordinada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Entre as suas ações, foi verificada a necessidade de se aperfeiçoar a GIH. Em 1981, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) substituiu a GIH no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social. Em 1983, o cargo de médico-auditor foi reconhecido e a auditoria passou a ser feita diretamente nos hospitais.⁷⁸

⁷⁸ DENASUS, 2006.

Assim, a primeira normatização de auditoria na área do atendimento da saúde foi instituída pelo extinto Inamps pela resolução n. 45, de 12 de junho de 1984, referindo-se à “Auditoria Médica”, definida como “um conjunto de ações administrativas, técnicas e observacionais, que buscavam a caracterização do desempenho assistencial referenciado às unidades médico-assistenciais próprias, contratadas, conveniadas e em regime de co-gestão, com o propósito de preservar o adequado cumprimento das normas, índices e parâmetros regulamentares, para o alcance do objetivo da melhoria progressiva da qualidade médico-assistencial, da produtividade e os ajustes operacionais devidos, sob a garantia dos princípios éticos”.⁷⁹

O objeto de trabalho da auditoria, no contexto do antigo Inamps, era reduzido e simplificado, constituindo-se, basicamente, em realizar auditoria sobre o procedimento médico-hospitalar, direcionando seu objetivo, naquela ocasião, para dar visibilidade à compra de serviços, pois a instituição atravessava uma crise de financiamento gerada por uma série de distorções e fraudes nos pagamentos de procedimentos à iniciativa privada, em razão da existência de grandes arranjos político-clientelistas entre o setor privado contratado e a tecnoburocracia da esfera federal.⁸⁰

6.2 O Sistema Nacional de Auditoria

A Constituição de 1988 concebeu o Sistema Único de Saúde (SUS), que estabeleceu o acesso universal como um direito de todo o cidadão brasileiro. A Lei Orgânica n. 8.080/1990, que regulamenta o SUS, estabelece como competência comum das três esferas de governo a definição das instâncias e mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde no SUS.

⁷⁹ BRASIL, 1984.

⁸⁰ RIBEIRO, 2001 e CONASS, 1997.

Essa lei, em seu artigo 16, inciso XIX, prevê a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e institui como competência da direção nacional do SUS “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, os municípios e o Distrito Federal”. No artigo 33, parágrafo 4º, ainda estabelece que o Ministério da Saúde “acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade da programação dos recursos repassados a estados e municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei”.

A Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, que trata da extinção do Inamps, institui, no seu artigo 6º, o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Ministério da Saúde, ao qual compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, a ser realizada de forma descentralizada, por meio dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada estado e no Distrito Federal.

Em 6 de abril de 1994, foi editado o decreto n. 1.105, que dispunha sobre o Sistema Nacional de Auditoria. Entretanto, o mesmo foi revogado em 1995, o que foi atribuído ao seu caráter centralizador, incompatível com processo de descentralização em andamento.

Finalmente, o decreto n. 1.651, de 28 de setembro de 1995, regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, estabelecendo que todas as esferas de governo devem organizar e implantar seus componentes do SNA, sob a supervisão da respectiva direção do SUS. Esse sistema nacional exercerá, conforme o artigo 2º, as seguintes atividades sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS:

- controle da execução, para verificar a regularidade dos padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;
- avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados, para aferir a adequação aos critérios de eficiência, eficácia e efetividade;
- auditoria da regularidade dos procedimentos praticados.

Fica ainda estabelecido, nesse mesmo artigo, que, sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Segundo o artigo 4º, parágrafo 2º desse decreto, integra ainda o Sistema Nacional de Auditoria do SUS uma Comissão Corregedora Tripartite, designada pelo Ministro da Saúde, para funcionar junto ao componente federal do SNA/Denarus. Essa Comissão Corregedora é composta de três membros de cada esfera de governo, Ministério da Saúde, estados e municípios, que têm como competência:

- velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;
- identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;
- resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;
- requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedente;
- aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em estados ou municípios, quando o órgão competente mostrar-se omissivo ou sem condições de executá-las.

Até o momento, não foi implantada a Comissão Corregedora Tripartite no âmbito do SNA. Convém destacar que a sua implantação é fundamental como instância de harmonização do funcionamento do SNA, além do que, considerando a implementação do Pacto pela Saúde, a Comissão poderá contribuir na discussão no novo enfoque do papel da auditoria para a consolidação e avanço do Pacto pela Saúde no SUS.

Segundo CALEMAN et al., tanto a Lei n. 8.689/1993, como o decreto n. 1.651/1995 foram resultado de um processo de discussão intensa entre as três esferas de governo, a fim de preservar ao máximo, os preceitos contidos nas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 e na Constituição Federal. Nesse sentido, cabe apontar o empenho do CONASS, desde 1993 para a implantação do SNA de forma descentralizada, adequado à realidade do SUS. Em decorrência dessa ação foi elaborada, com a participação do CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e de um representante da Secretaria de Assistência

à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, a primeira minuta do decreto dispendo sobre o SNA, apresentada na reunião plenária do CONASS, ocorrida em setembro de 1993, em Foz do Iguaçu, Paraná.⁸¹

A partir desse contexto, o Sistema Nacional de Auditoria foi concebido de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. A estrutura proposta obedece à divisão de atribuições entre as esferas definidas na Lei n. 8.080/1990, com a União assumindo as atividades de coordenação, normatização, supervisão e avaliação dos macroprocessos e os estados e municípios atuando em sua esfera específica. De acordo com esse desenho, pode-se entender que são órgãos integrantes da estrutura do SNA:

- Ministério da Saúde, por meio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus);
- Secretarias Estaduais de Saúde, por meio do Componente Estadual do SNA;
- Secretarias Municipais de Saúde, por meio do Componente Municipal do SNA.

O Sistema Nacional de Auditoria integra o sistema de auditoria e controle da administração pública. Nesse sentido, o SNA é uma instância regulatória do SUS que atua nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), tem autoridade pública, apresenta modelo diferenciado de controle dos serviços e ações desempenhadas pelo sistema público, auditando o sistema quanto aos repasses de recursos e procurando associar as funções típicas de auditoria com a avaliação da qualidade da gestão.⁸² As principais características do SNA são⁸³:

- capilaridade, descentralização e integração vertical, para garantir a atuação em todo o território nacional, com divisão e definição de tarefas específicas de cada nível de gestão do SUS;

⁸¹ SANTOS, 1996.

⁸² RIBEIRO, 2001.

⁸³ Modificado do Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria/Ministério da Saúde (Brasil, 2006^a).

- integração horizontal com outros órgãos das estruturas gestoras, como planejamento, controle e avaliação, regulação, vigilância em saúde e com outros órgãos públicos, tais como, o Ministério Público, a Controladoria Geral da União (CGU) e os Tribunais de Contas;
- foco no padrão de conformidade das ações e serviços ofertados no âmbito do SUS e respectiva aplicação de recursos com ênfase na qualidade das ações e serviços e satisfação do usuário.⁸⁴

Antes de 1999, as atividades de auditoria e de controle e avaliação estavam organizadas no mesmo departamento no Ministério da Saúde. A portaria GM/MS n. 1.069. de 19 de agosto de 1999, estabelece nova organização, separando as atividades do controle e avaliação do SUS e as atividades de auditoria. Assim, em 1º de junho de 2000, o decreto federal n. 3.496, criou o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), representado em todos os estados da Federação e no Distrito Federal, enquanto as atividades de controle e avaliação ficam sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Foi a partir dessa divisão que o Ministério da Saúde definiu que as atividades de controle, avaliação e auditoria no âmbito do Ministério ficariam organizadas da seguinte forma:

I) o Departamento Nacional de Auditoria do SUS atua no acompanhamento da programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados, municípios e ao Distrito Federal e na verificação da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico, verificação in loco e pericial; e II) o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas atua na implementação das atividades de controle e avaliação, mediante acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, sem prejuízo das atividades de controle e avaliação pertinentes a cada órgão ou entidade do Ministério.

As atividades do SNA do SUS referentes ao componente federal são desenvolvidas pelo Denasus, órgão atualmente inserido na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Essa mudança foi recente e

⁸⁴ Modificado de BRASIL, 2006.

implantada pelo decreto n. 5.841, de 13 de julho de 2006. A estrutura atual do Denasus é composta de uma direção e três coordenações gerais: Coordenação Geral de Auditoria, Coordenação Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica e Coordenação Geral de Infra-estrutura e Logística.

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) tem como missão exercer ações de auditoria no âmbito do SUS para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e compete verificar por intermédio dos órgãos que o integram nos três níveis, compete ao SNA:

NO PLANO FEDERAL	NO PLANO ESTADUAL	NO PLANO MUNICIPAL
auditar a regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas no âmbito do SUS	verificar a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios, em conformidade com a legislação específica de cada UF;	verificar as ações e serviços estabelecidos no Plano Municipal de Saúde;
verificar a adequação, a resolubilidade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados população;	verificar as ações e serviços previstos no Plano Estadual de Saúde	verificar os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados
estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização padronização das ações de auditoria no âmbito do SUS	verificar os serviços de saúde sob sua gestão sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados.	verificar as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual o município esteja associado
promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS	verificar os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;	
promover cooperação técnica com vistas à integração das ações dos órgãos que compõem o SNA com os órgãos integrantes dos sistemas de controle interno e externo	verificar as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de auditoria.	

NO PLANO FEDERAL	NO PLANO ESTADUAL	NO PLANO MUNICIPAL
<p>emitir parecer conclusivo e relatórios gerenciais para instruir processos de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde de valores apurados nas ações de auditoria e informar à autoridade superior sobre os resultados obtidos por meio das atividades de auditoria desenvolvidas pelos órgãos integrantes do SNA;</p>		
<p>orientar, coordenar e supervisionar, técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelos núcleos estaduais; viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando a produção do conhecimento no campo da auditoria no SUS.</p>		

Fonte: Decreto Federal n. 1.651, de 28/09/1995, Decreto Federal n. 5.841, de 13107/2006 e Brasil (2006a)

Essa natureza sistêmica da auditoria do SUS assegura o desenvolvimento de ações integradas e subordinadas às competências e atribuições perfeitamente definidas nas esferas de governo, delineando uma estratégia de cooperação técnica entre os gestores, respeitada a autonomia de cada esfera de gestão, compatibilizada com os requisitos de presteza e agilidade administrativa.⁸⁵

A transferência de competências é um processo construído, tanto por quem recebe quanto de quem transfere. Dessa forma, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais de Saúde, principalmente, devem promover o acompanhamento dos sistemas municipais de saúde, realizar avaliação criteriosa dos serviços e proporcionar, em cooperação técnica, o treinamento e a capacitação de gestores, gerentes, auditores e administradores, para que possam melhorar a gestão do sistema, a qualidade dos serviços e o atendimento ao cidadão.⁸⁶

⁸⁵ CONASS, 1997 e 2002.

⁸⁶ YUNES, 1998.

Cabe registrar também o entendimento de que esse sistema nacional se reveste das atividades de auditoria, suplementando outras instâncias de controle, subsidiando o processo de planejamento das ações de saúde, sua execução, gerência técnica e avaliação qualitativa dos resultados obtidos.⁸⁷

Não se pode perder de vista que a auditoria é um instrumento de gestão do SUS, assim como o planejamento, a regulação, o controle e a avaliação, e está inserida nas Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP). Cabe ressaltar que as FESP são entendidas como atribuições indispensáveis a serem exercidas pelos órgãos gestores da saúde, a fim de melhorar o desempenho das práticas de saúde por meio do fortalecimento das suas capacidades institucionais. A Função Essencial n. 6 é a “capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde”.⁸⁸ Como conceito da auditoria do SUS, pode-se entender que:

(...) consiste no exame sistemático e independente de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas e com as normas e a legislação vigentes.⁸⁹

Nesse sentido, a auditoria no contexto do SUS tem conceito mais abrangente, incluindo aspectos de avaliação técnica, de apuração de resultados e de comprovação de qualidade, que precisam ser levados em conta para o êxito do controle financeiro.⁹⁰ Vale destacar que a auditoria tem como objeto não somente o conjunto de procedimentos médico-assistenciais e o controle de contas, mas o sistema de saúde. A avaliação desse sistema deve ser mais abrangente, concebendo a saúde no seu sentido mais amplo, resultante de uma série de determinações sistêmicas como renda, cultura, habitação, saneamento, entre outros.⁹¹

⁸⁷ BRASIL, 1998.

⁸⁸ CONASS, 2006.

⁸⁹ BRASIL, 1998.

⁹⁰ SANTOS, 1996.

⁹¹ CONASS, 1997.

O objetivo maior da auditoria é propiciar à alta administração informações necessárias ao exercício de um controle efetivo sobre a organização ou sistema, contribuindo para o planejamento e o replanejamento das ações de saúde, para o aperfeiçoamento do sistema e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS. Portanto, é uma ferramenta para o aprimoramento do sistema de saúde, à medida em que propicia subsídios para a tomada de decisões.⁹²

O fato é que, apesar de existir por um preceito legal e embora seja integrante do SUS, o Sistema Nacional de Auditoria não dispõe, ainda, de uma estrutura organizacional definida em todos os estados. O Ministério da Saúde vem demonstrando empenho “no sentido de assegurar uma ação voltada não somente para o objeto da atuação do SNA no SUS, como também, buscando formas de tornar sua atuação mais eficiente e eficaz, mediante a introdução de metodologias modernas de avaliação, permeadas pela gestão da qualidade dentro de um processo de melhoria contínua”.⁹³

6.3 Organização do componente estadual do SNA⁹⁴

A partir da NOB 01/1996⁹⁵ e da Noas 01/2002⁹⁶, ficou estabelecido como requisito comum para habilitação dos estados, nas duas condições de gestão, a comprovação da estruturação do componente estadual do SNA. Como instrumento de comprovação foi prevista a existência do ato legal de criação do componente estadual do SNA e a comprovação do funcionamento por meio de relatórios específicos e da realização de auditorias das ações e serviços de saúde.

Esse processo estimulou as Secretarias Estaduais de Saúde a desenvolverem ações nessa área, porém, ainda há necessidade de ampliar e aprofundar essa função nos estados. Como o SNA estrutura-se na forma descentralizada nas três instâncias de

⁹² BRASIL, 1998.

⁹³ CONASS, 1997

⁹⁴ CASTRO, 2004.

⁹⁵ Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96. Portaria MS nº 2.203, de 06/11/1996.

⁹⁶ Norma de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Portaria SAS nº 373, de 27/02/2002.

gestão, o componente estadual de auditoria deve se conformar ao sistema nacional, conforme legislação do SUS, ocupando um lugar formal na estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde. Assim, é necessário que a auditoria estadual:

- seja regulamentada por lei ou decreto do chefe do Poder Executivo e que tenha também um responsável legal, como por exemplo, um gerente, coordenador ou diretor, conforme organograma da Secretaria Estadual de Saúde.
- regule o cargo de auditor do SUS por uma lei de criação do cargo e que o gestor designe, por meio de ato próprio (portaria ou decreto), o corpo de auditores, auferindo assim um caráter de legalidade aos trabalhos de auditoria desenvolvidos pela equipe designada.

Para contribuir para uma melhor organização da auditoria e de sua respectiva base legal, recomenda-se também elaborar o seu próprio regulamento, especificando os objetivos, competências, atividades e composição da equipe, assim como outros itens considerados importantes para o efetivo funcionamento da auditoria estadual.

Atualmente, já existem componentes estaduais do SNA que consolidaram um nível de organização mais avançado no seu sistema de auditoria, inclusive com a estruturação legal da carreira de auditor do SUS e o ingresso do corpo de auditores via concurso público, como também, a existência de legislação normativa da própria auditoria estadual, para atuação em áreas específicas, tais como instruções normativas para realização de apuração de denúncias ou estabelecimento de fluxos administrativos de processos ou para ordem de recolhimento e ressarcimento ao SUS.

6.4 Estruturação mínima para o funcionamento do componente estadual do SNA

É recomendado que a auditoria estadual tenha uma estrutura mínima compatível com as atividades a serem desenvolvidas pelo componente estadual do SNA, considerando-se o perfil e a complexidade da rede de serviços, inclusive o volume de produção de serviços e quantitativo de contratos firmados com a rede complementar. Desse modo, é recomendável que o componente estadual seja dotado de alguns recursos, tais como:

- área física adequada;
- disponibilidade de equipamentos de informática (computador e impressora) e de apoio;
- linha telefônica e acesso à Internet;
- disponibilidade de meios de transporte para a execução de ações in loco;
- recursos humanos para o desempenho das ações operacionais e administrativas.

Em relação à equipe de auditoria, tendo em vista a complexidade do sistema estadual de saúde, é recomendável que seja uma equipe multidisciplinar e quantitativamente adequada para atingir os objetivos propostos e as atribuições estabelecidas, a exemplo de profissionais médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos e contábeis. Além disso, é necessário que a equipe tenha conhecimento técnico para executar as ações de auditoria, estando, se possível, capacitados na área da saúde coletiva ou auditoria em saúde pública. Por isso, “o treinamento desses profissionais deveria contemplar, de fato, as necessidades de capacitação em epidemiologia, economia em saúde, administração sanitária, entre outras”.⁹⁷ Os auditores são responsáveis não só perante a instituição pública que prestam serviço, mas também perante os usuários do SUS. Desse modo, podemos considerar

como princípios básicos relativos ao auditor no exercício das suas atividades, a independência, a soberania, a imparcialidade e o comportamento ético, entre outros.⁹⁸

Não existem diferenças significativas entre as atribuições distribuídas aos membros da equipe multiprofissional que desempenha tarefas de auditoria, já que todos os membros da equipe estão obrigados a respeitar os preceitos da ética e os códigos de conduta de referência a sua categoria, preservando o sigilo das informações que são disponibilizadas no exercício de suas funções.

Destaca-se também o previsto no decreto n. 1.651/1995, em relação ao impedimento do auditor para o exercício de atividades vinculadas ao SNA. Conforme explicitado no artigo 8º, “é vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e os membros da Comissão Corregedora serem proprietários, dirigentes, acionistas ou sócios-cotistas de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS”.

6.5 Atuação do componente estadual de auditoria

A auditoria estadual do SUS atua no sistema de saúde por meio de demandas internas e externas à Secretaria Estadual de Saúde e ao próprio sistema estadual de saúde. Ou seja, o SNA atua em parceria tanto com setores da própria Secretaria Estadual de Saúde, quanto com instâncias externas a ela.

Para um melhor entendimento, consideram-se:

a) demandas internas: aquelas oriundas da própria Secretaria Estadual de Saúde, ou seja, auditorias desencadeadas por solicitações:

⁹⁸ SILVA; BORINI; PIEPER, 1996 e BRASIL, 1998.

- do Secretário Estadual de Saúde;
- de setores diversos da Secretaria, tais como regulação, controle e avaliação, planejamento, vigilância a saúde (sanitária, epidemiológica ou ambiental), ouvidoria (denúncias) e outros.

b) demandas externas: aquelas oriundas de instâncias externas à Secretaria Estadual de Saúde, a saber:

- cidadão/usuário do SUS;
- Conselho Estadual de Saúde (CES);
- Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- Secretarias Municipais de Saúde;
- Ministério Público Federal;
- Ministério Público Estadual;
- Ministério da Saúde (Denasus ou Ouvidoria);
- Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- Controladoria Geral da União (CGU);
- imprensa e outros.

Conforme o exposto, a auditoria deve manter uma relação permanente entre os setores da própria gestão, mantendo fluxos de informações de rotina, especialmente, com a regulação, o controle e avaliação, o planejamento e a ouvidoria. Além disso, é necessário estabelecer uma parceria sistemática com outras instâncias de controle, a exemplo do Ministério Público.⁹⁹

6.6 Atividades da auditoria do componente estadual do SNA

Tendo como objeto o sistema estadual de saúde, as atividades de auditoria desempenhadas pela equipe podem envolver:

⁹⁹ CASTRO, 2004.

- a) auditorias especiais ou extraordinárias: realizada para atender a apuração de denúncias, indícios de irregularidades ou demanda específica;
- b) auditorias programadas: também chamadas regulares ou ordinárias, são realizadas em caráter de rotina, sendo periódicas, sistemáticas e previamente programadas pela equipe de auditoria.¹⁰⁰

As principais atividades desenvolvidas pela auditoria estadual podem ser sistematizadas em:

Apuração de denúncias: as denúncias podem ser encaminhadas para serem apuradas por determinação do próprio Secretário de Saúde do Estado ou por solicitação do Ministério Público ou outras autoridades com por exemplo a ouvidoria do Ministério da Saúde, a ouvidoria estadual, o Conselho Estadual de Saúde, a CIB, a imprensa ou outros. A apuração pode envolver denúncias diversas ou indícios de irregularidades, a exemplo de cobrança a usuários do SUS, mau atendimento por parte dos prestadores de serviços ou profissionais de saúde, gestão inadequada de recursos públicos ou da saúde pública, etc. Recomenda-se a apuração de todas as denúncias que cheguem ao conhecimento da auditoria estadual.

Auditoria de serviços na área ambulatorial ou hospitalar: sob gestão estadual, sejam públicos ou privados (com ou sem fins lucrativos ou filantrópicos), de média ou alta complexidade. As auditorias de serviços também são constituídas pelas chamadas “auditorias clínicas” ou “auditorias assistenciais”, conforme conceito do Pacto pela Saúde¹⁰¹, e são caracterizadas como um processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparado em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados.

Têm como objeto o acompanhamento e a análise crítica dos históricos clínicos (fichas clínicas e/ou prontuários) e dos procedimentos gerados no sistema de informações nacionais do SUS, com vistas a verificar, periodicamente, os procedimentos informados e os efetivamente executados e realçar as não conformidades, buscando avaliar a qualidade dos serviços ofertados aos pacientes e a correta aplicação dos recursos do SUS.

¹⁰⁰ BRASIL, 1998.

¹⁰¹ BRASIL, 2006.

Auditoria dos sistemas municipais de saúde ou auditoria de gestão: abrange o Sistema de Saúde como um todo ou parte dele, e deve verificar:

- a) a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde;
- b) o Plano Municipal de Saúde e o relatório de gestão;
- c) a aplicação dos recursos transferidos para o Fundo Municipal de Saúde (FMS);
- d) o Conselho Municipal de Saúde;
- e) a oferta de serviços de saúde (ambulatorial e hospitalar) e a cobertura assistencial do SUS (atenção básica, média e alta complexidade);
- f) a organização dos serviços de saúde com base na regionalização da saúde do estado;
- g) os serviços públicos e os serviços privados conveniados ou contratados sob gestão municipal;
- h) o cumprimento da pactuação e de metas estabelecidas por:
 - Termo de Compromisso de Gestão (Pacto pela Saúde);
 - Programação Pactuada Integrada (PPI) da atenção à saúde;
- i) o componente municipal do SNA;
- j) a regulação e o controle e avaliação (cadastro, órgão emissor, central de regulação, licitações, contratos e convênios);
- k) a ouvidoria; e
- l) a vigilância à saúde.

Cooperações técnicas com os componentes municipais do SNA: outra atividade importante, tem o objetivo de colaborar na implantação e no fortalecimento dos componentes municipais do SNA. Nesse sentido, deve-se manter uma articulação permanente entre os componentes do SNA no que diz respeito a objetivos, técnicas e instrumentos, incluindo capacitações técnicas específicas para os auditores municipais, bem como as auditorias integradas entre os componentes estadual e municipal do SNA.¹⁰²

Essa cooperação técnica também pode ser realizada em parceria com o componente federal do SNA.

¹⁰² CASTRO, 2004.

6.7 Execução das atividades de auditoria

Para a realização adequada de uma ação de auditoria, devem ser executados dois tipos de procedimentos ou fases, que são conhecidos como:

- analítico: conjunto de procedimentos especializados, que consiste na análise de relatórios do sistema de informações, processos existentes e documentos diversos, com a finalidade de avaliar se os serviços e os sistemas de saúde atendem as normas e padrões previamente definidos, delineando o perfil da assistência à saúde e seus controles;
- operativo: conjunto de procedimentos especializados que consiste na verificação in loco do atendimento aos requisitos legais ou normativos, que regulamentam os sistemas, serviços ou atividades relativas à área da saúde, por meio do exame direto de fatos, documentos e situações.¹⁰³

Para a execução dessas fases, várias tecnologias são utilizadas no processo de trabalho do auditor, constituindo-se como instrumentos essenciais que devem sempre subsidiar as suas atividades, variando apenas de acordo com o objeto a ser auditado. São elas:

- informações de saúde: estatísticas vitais, informações epidemiológicas e dados de morbidade, indicadores de saúde e informações demográficas e sócio-econômicas disponibilizadas pelo Datasus e que poderão servir de subsídios para a análise objetiva da situação de saúde;
- legislação atualizada: leis, decretos, portarias, normas, resoluções;
- orientações técnicas: roteiros, manuais, protocolos clínicos e operacionais;
- sistemas informatizados e relatórios dos sistemas de informações nacionais do SUS: SIA, SIH, Siab, SIM, Apac, CNES, Hiperdia, Sis prenatal, Siops e outros, disponibilizados pelo Datasus;

¹⁰³ BRASIL, 1998.

- tabelas de procedimentos do SUS: listagem de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS e seus respectivos valores;
- informações provindas do processo de gestão do sistema municipal de saúde, tais como plano municipal de saúde, relatório de gestão, Programação Pactuada Integrada da atenção a saúde (PPI), recursos disponíveis para a saúde, gastos no setor saúde, os contratos/convênios de prestadores de serviços, informações dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde, as quais constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de auditoria.¹⁰⁴

Consultas na legislação, download dos roteiros, manuais, tabelas e acesso aos sistemas de informações nacionais poderão ser realizados por meio dos seguintes endereços eletrônicos:

- Secretaria de Atenção à Saúde: www.saude.gov.br/sas
- Denasus: sna.saude.gov.br
- Datasus: www.datasus.gov.br

Outros sites interessantes e úteis para consulta são:

- Ministério da Saúde: www.saude.gov.br
- CONASS: www.conass.org.br
- Conasems: www.conasems.org.br
- Anvisa: www.anvisa.gov.br
- Conselho Nacional de Saúde: www.conselho.saude.gov.br

¹⁰⁴ CASTRO, 2004 e CONASS, 1997.

Destaque-se que toda atividade de auditoria desenvolvida e concluída pelo componente estadual do SNA deve resultar em relatórios específicos e processos formalmente instituídos no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde.

Caso seja verificada qualquer irregularidade na entidade auditada, sempre deve ser assegurado o direito de defesa. No caso de ter sido constatada a prática de crime, o relatório deve ser encaminhado para apreciação do Ministério Público.¹⁰⁵

É necessário destacar que, no exercício da atividade de auditoria, “os órgãos do SUS e as entidades privadas que dele participarem de forma complementar ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho de suas atividades, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações”, conforme estabelecido no decreto federal n. 1.651/1995¹⁰⁶.

6.8 O componente estadual do SNA e o Pacto pela Saúde

A implantação do Pacto pela Saúde em 2006, nos seus três componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão –, promove inovações nos processos e instrumentos de gestão e redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população.¹⁰⁷

As responsabilidades sanitárias e atribuições dos gestores do SUS devem ser construídas de forma compartilhada, cabendo aos estados coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos pactos pela Vida e de Gestão. Nesse contexto, o Termo de Compromisso de Gestão foi instituído como um instrumento de formalização do pacto, sendo a sua assinatura a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a

¹⁰⁵ BRASIL, 1995.

¹⁰⁶ BRASIL, 1995.

¹⁰⁷ BRASIL, 2006.

população sob sua responsabilidade, devendo ser avaliado, anualmente, em relação ao cumprimento das responsabilidades e atribuições dos gestores relativos à gestão e os indicadores e metas do pacto.

Ao mesmo tempo, o Termo de Compromisso estabelece que o não cumprimento do que foi pactuado poderá implicar em alteração ou suspensão dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde para estados e municípios, em situações específicas, sendo uma delas a indicação de suspensão de recursos decorrente de relatório da auditoria realizada pelos componentes estadual ou federal, respeitado o prazo de defesa do gestor envolvido.

No Termo de Compromisso estão definidas as atribuições e responsabilidades sanitárias dos três gestores em determinados setores da gestão, a exemplo da regulação, controle, avaliação e auditoria. Destacam-se, a seguir, aquelas referentes à auditoria estadual do SUS.

6.8.1 Responsabilidades dos estados na auditoria do SUS

A auditoria estadual deve:

- realizar auditoria nos sistemas municipais de saúde;
- implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública ou privada, sob sua gestão, e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação;
- realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

Considerando o desenvolvimento das atividades do componente estadual do SNA, foram destacadas abaixo aquelas relacionadas à sua atuação no âmbito da gestão municipal, conforme estabelecido nas responsabilidades e atribuições do Termo de Compromisso de Gestão Estadual:

1) Verificar o cumprimento, pelos municípios:

- do Plano Municipal de Saúde e do relatório de gestão;
- da operacionalização do Fundo Municipal de Saúde;
- dos indicadores e metas estabelecidas no Pacto pela Vida e no Pacto de Gestão;
- da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e de auditoria;
- da Programação Pactuada Integrada da atenção à saúde entre os municípios e respectivas referências intermunicipais;
- da atualização do cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
- das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados.

2) Fiscalizar:

- a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos Fundos Municipais de Saúde e por convênios;
- os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
- a conformidade do pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares ou ambulatoriais;

3) Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de auditoria.

No Pacto pela Saúde, referente ao componente Pacto em Defesa do SUS, um destaque também deve ser dado à Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde,¹⁰⁸ que define no seu quarto princípio (inciso XIII), que o respeito à cidadania no sistema de saúde deve garantir o “acesso do paciente a mecanismos de escuta para apresentar

¹⁰⁸ BRASIL, 2006.

sugestões, reclamações e denúncias aos gestores, às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confiabilidade”.

6.9 Considerações finais

O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados. Nesse sentido, cabe ao SNA implantar metodologias capazes de avaliar o impacto das ações e serviços e do sistema de saúde sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e a permanente seleção das prioridades na alocação de recursos.¹⁰⁹

Destaque-se que a auditoria no SUS, institucionalizada e em processo de implementação no país, assume contornos mais definidos com a ampliação do seu objeto, inicialmente restrito à assistência médico-hospitalar, e seus custos para a avaliação do sistema de saúde e seus diversos componentes. Nesse sentido, a ampliação do objeto de auditoria teve a função de extrapolar o âmbito do controle burocrático dos prestadores privados para alcançar a avaliação dos resultados da prestação de serviços, das políticas e das condições de saúde da população, com o objetivo de impactar o planejamento e a tomada de decisões.¹¹⁰

Nessa perspectiva, surge a necessidade de os gestores estaduais organizarem as ações de auditoria de forma a contribuir para o bom desempenho do sistema de saúde, como uma ação de gestão e não apenas como uma atividade prevista na legislação do SUS ou com a lógica de um controle simplesmente burocrático.

¹⁰⁹ CONASS, 1997.

¹¹⁰ CASTRO, 2004.

A auditoria do SUS deve ser implementada e consolidada como um importante instrumento de gestão do sistema estadual de saúde, “com a finalidade de produzir informações para subsidiar o planejamento e o replanejamento das ações de saúde, colaborar com o gestor e com a gestão e contribuir para o aperfeiçoamento do SUS, favorecendo a melhoria da qualidade do sistema de saúde, a correta aplicação dos recursos e a satisfação do usuário do SUS”.¹¹¹

¹¹¹ CONASS, 1997.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1995.

BRASIL, Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Secretaria da Reforma do Estado. Organizações sociais. Brasília: Ministério da Administração e Reforma do Estado, 1997. Disponível em <<http://www.mare.gov.br>>.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Resolução Inamps n. 228, 1º ago. 1990. *Regulamenta a implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS*.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cnes>>. Acesso em 25.10.2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 17, 4 de jan., 2001. Institui o Cadastro Nacional de Usuários do SUS e regulamenta sua implantação.

_____. Ministério da Saúde. *Relatório final dos trabalhos da Comissão de Reorientação do Cartão Nacional de Saúde*. 8 Dez., 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Cartão Nacional de Saúde*. Disponível em: <<http://cartaonet.datasus.gov.br>>. Acesso em 01.11.2006.

_____. Ministério da Saúde. Decreto n. 1.105, 6 abr. 1994. (revogado).

_____. Ministério da Saúde. Decreto n. 1.651, 27 set. 1995. *Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Publicado no D.O.U. de 28.9.95

_____. Ministério da Saúde. Decreto n. 3.496, 1º jun. 2000. *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências*. Publicado no D.O.U. de 2.6.2000

_____. Ministério da Saúde. Decreto n. 5.841, 13 jul. 2006. *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências*. Publicado no D.O.U. de 14.7.2006

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; Departamento Nacional de Auditoria do SUS. *Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais: pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Série pactos pela saúde, Vol. 1. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a programação pactuada integrada da assistência à saúde*. Série pactos pela saúde, Vol. 5. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Manual da Programação Físico Orçamentária Ambulatorial – FPO*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de implantação de complexos reguladores*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de normas de auditoria*. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de orientações CNRAC: Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade*, 2006.

_____. Ministério da Saúde. *Manual do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS*. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. NOAS 01/2001 (Norma Operacional Assistencial de Saúde), 2001.

_____. Ministério da Saúde. NOAS 01/2002 (Norma Operacional Assistencial de Saúde), 2002.

_____. Ministério da Saúde. NOB 01/1991 (Norma Operacional Básica), 1991.

_____. Ministério da Saúde. NOB 01/1992 (Norma Operacional Básica), 1992.

_____. Ministério da Saúde. NOB 01/1993 (Norma Operacional Básica), 1993.

_____. Ministério da Saúde. NOB 01/1996 (Norma Operacional Básica), 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica. Série pactos pela saúde*, Vol. 4. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria conjunta n. 23 SE/MS, 21 maio 2004. - Disponibiliza o Módulo Autorizador para os gestores locais.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.069, 19 ago. 1999. *Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.097, 22 maio 2006. *Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.606, 11 set. 2001. *Definir que os estados, Distrito Federal e municípios que adotarem tabela diferenciada para remuneração de serviços assistenciais de saúde deverão, para efeito de complementação financeira, empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada a utilização de recursos federais para esta finalidade.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.631, 20 jul. 2006. *Prorroga o prazo para a extinção do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS).* DOU nº 139 de 21 de julho de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.702, 17 ago. 2004. *Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.703, 17 ago. 2004. *Destina recurso de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados, e dá outras providências.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.721, 21 set. 2005. *Cria o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 172, 26 jan. 2006. *Homologa processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS*. D.O.U. nº 20 de 27 de janeiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.309, 19 dez. 2001. *Instituir, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade/CNRAC, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.352, 26 out. 2004. *Regulamenta a alocação dos recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2.369, 27 out. 2004. *Define recurso de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 3.123, 07 dez. 2006. *Homologa o processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS*. D.O.U. n. 235 de 08 de dezembro de 2006

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 287, 28 jun. 2004. *Instituir o valor de R\$ 1.473,00/leito/mês (hum mil, quatrocentos e setenta e três reais) para o cálculo do Orçamento Global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte que cumpram os critérios e requisitos que constam da Portaria GM/MS nº 1.044, de 01 de junho de 2004, e tiverem seus projetos homologados pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 358, 22 fev. 2006. *Institui diretrizes para contratação de serviços assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Publicada no D.O.U. nº 39 de 23 de fevereiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 399, 22 fev. 2006. *Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto*. Publicada no D.O.U. nº 39 de 23 de fevereiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 3.277, 22 dez. 2006. *Dispõe sobre a participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde no âmbito do SUS*. D.O.U. n. 245 de 26 de dez. de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 204, 29 jan. 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. D.O.U. n. 22 de 31 de jan. de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 699, 30 mar. 2006. *Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão*. Publicada no D.O.U. nº 64 de 03 de abril de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 821, 4 maio 2004. *Determina a implantação gradativa da descentralização do processamento do Sistema de Informação Hospitalar - SIH, facilitando o controle do teto financeiro da assistência pelos gestores estaduais/municipais, conforme estabelecido na Programação Pactuada Integrada - PPI, aprovada e monitorada pelas Comissões Intergestores Bipartite - CIB*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 635, 10 de nov. 2005. *Publica o Regulamento Técnico para a implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS, na forma dos Anexos I, II e III desta Portaria*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 158, 5 maio 2004. *Inclui, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS, a codificação de “tipo” 45 para profissionais autônomos sem cessão de crédito*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 33, 24 mar. 1998. *Publica o modelo padronizado de Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - FCES - Módulos Básicos (anexo I), Manual de Instruções (anexo 2)*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 39, 06 fev. 2006. *Institui a descentralização do processo de autorização de procedimentos que fazem parte do elenco da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC*. Publicada no D.O.U. nº 27 de 07 de fevereiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 494, 30 jun. 2006. *Estabelece incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores, que será repassado às Secretarias de Saúde e destinado, exclusivamente, à finalidade de que trata este artigo, nos montantes previstos no Anexo I desta Portaria*. Publicada no D.O.U. nº 125 de 03 de julho de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 496, 30 jun. 2006. *Flexibiliza a Programação Físico-orçamentária - FPO do Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS, conforme modelo constante do Anexo I desta Portaria, possibilitando ao Gestor efetuar a programação dos estabelecimentos de saúde, por grupo, subgrupo, nível de organização e/ou procedimento, a partir da competência setembro de 2006.* Publicada no D.O.U. nº 127 de 05 de julho de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 510, 30 set. 2005. *Estabelece a implantação do processamento descentralizado do Sistema de Informação Hospitalar – SIH, na competência novembro de 2005 (apresentação em dezembro/05), para os Estados, Distrito Federal e Municípios em Gestão Plena do Sistema.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 511, 29 dez. 2000. *Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde - FCES, o manual de preenchimento e a planilha de dados profissionais contantes nos anexos I, II e III dessa portaria, bem como a criação Banco de Dados nacional de Estabelecimentos de Saúde.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 55, 24 fev. 1999. *Estabelece que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do Sistema Único de Saúde - SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobrados por intermédio do sistema de informações ambulatoriais - SIA/SUS, observado o teto financeiro definido para cada município/estado.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 552, 24 jul. 2006. *Prorrogar, até 28 de fevereiro de 2007, o prazo definido no Artigo 5º da Portaria SAS/MS nº 635, de 10 de novembro de 2005, para entrega, ao Ministério da Saúde, dos contratos resultantes do processo de contratualização aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB, sob pena da perda do incentivo residual (60%) referente à segunda etapa do Programa.* Publicada no D.O.U. nº 142 de 26 de julho de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 768, 26 out. 2006. *Extinguir, a partir da competência março de 2007, todos os modelos, até então vigentes, de laudos para Solicitação de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo - APAC e os formulários da APAC, implantados por portarias específicas.* Publicada no D.O.U. nº 207 de 27 de outubro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 94, 14 fev. 2005. *Definir que a operacionalização da Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte se dá pela apresentação de Termo de Adesão e de Plano de Trabalho, conforme fluxo definido no anexo desta Portaria.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.101, 12 jun. 2002. *Estabelece, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 567, 13 out. 2005. *Estabelecer que a partir da competência janeiro 2006, a definição da série numérica para as autorizações de internações hospitalares - AIH, deverá ser de responsabilidade dos gestores estaduais e do Distrito Federal.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 586, 24 out. 2005. *Determinar que as Secretarias Estaduais, o Distrito Federal e os Municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema encaminhem o banco de dados do SCNES, SIA e do SIH/SUS diretamente ao Departamento de Informática do SUS - DATASUS.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 589, 27 dez. 2001. *Implementar a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC, com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 598, 24 mar. 2006. *Define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n. 743, 23 dez. 2005. *Excluir, a partir da competência agosto de 2006, os modelos vigentes de laudos para Emissão/autorização de internação hospitalar.*

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1.890, 18 dez. 1997. *Determina a atualização do cadastro de unidades hospitalares, ambulatoriais e serviços de diagnose e terapia do Sistema Único de Saúde, a partir de 03 de fevereiro de 1998.*

_____. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS. Edição 2004/2005. Brasília, 2004.*

_____. Ministério da Saúde. *Regulamento: pactos pela vida e de gestão. Série pactos pela saúde, Vol.2. Brasília. 2006.*

_____. Ministério da Saúde. *SAS: orientações para contratação de serviços de saúde. Brasília, 2002.*

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos. *O cartão nacional de saúde: instrumento para um novo modelo de atenção*. Rev. Saúde Pública, vol. 34, 2000.

_____. Ministério da Saúde. SISREG. Disponível em: <<http://portaldaregulacao.datasus.gov.br/sisreg.php>>. Acesso em 1º.11.2006.

_____. Decreto Federal n. 2.536, 6 abr. 1998. *Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências*. Publicado no D.O.U. de 7.4.98

_____. Lei n. 8.666, 21 jun. 1993. *Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências*. Publicada no D.O.U. de 22.6.93 e Republicada no D.O.U. de 6.7.94.

_____. Lei n. 8.689, 27 jul. 1993. *Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências*. Publicada no D.O.U. de 28.7.93

_____. Lei n. 9.637, 15 maio 1998. *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências*. Publicada no D.O.U. de 18.5.98 e Retificada em 25.5.98.

_____. Lei n. 9.648, 27 maio 1998. *Altera dispositivos das Leis nº 3.890-A, de 25 de abril de 1961, no 8.666, de 21 de junho de 1993, no 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, no 9.074, de 7 de julho de 1995, no 9.427, de 26 de dezembro de 1996, e autoriza o Poder Executivo a promover a reestruturação da Centrais Elétricas Brasileiras - ELETROBRÁS e de suas subsidiárias e dá outras providências*. Publicada no D.O.U. de 28.5.98

_____. Lei Orgânica da Saúde, n. 8.080, 19 set. 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*.

_____. Lei Orgânica da Saúde, n. 8.412, 28 dez. 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*.

_____. Ministério da Saúde. *Orientações técnicas sobre o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH)*. Brasília, 2004.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.000, 15 abr. 2004. Estabelece critérios para certificação de hospitais de ensino.

_____. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.005, 27 maio 2004. *Define os documentos para verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios relacionados aos incisos I a XVII do artigo 6º da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004.*

_____. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.006, 27 maio 2004. *Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde - SUS.*

_____. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.007, 27 maio 2004. *Estabelece montante de recursos financeiros, no valor de R\$50.000.000,00 (cinquenta milhões de reais), a ser repassado pelo Ministério da Saúde às Instituições Federais de Ensino Superior, conforme detalhado no anexo desta portaria.*

CALEMAN, G.; MOREIRA, M.L.; SANCHEZ, M.C. *Auditoria, controle e programação de serviços de saúde*. Saúde e cidadania, 5. São Paulo: FSP/USP, 1998.

CARVALHO, D. M. *Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. Informe Epidemiológico do SUS*, VI(4). Ago. 1997. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/CENEPI. p. 7-46.

CASTRO, D. P. *Análise de implantação do componente municipal do sistema nacional de auditoria do SUS: Proposta de um instrumento de avaliação*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2004. (Dissertação, Mestrado em Saúde Coletiva).

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Acompanhamento e avaliação da atenção primária*. Brasília, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Comunidade solidária, relação do SUS com a mídia, plano nacional de educação profissional, Planfor e o SUS, comunicações coordenadas, controle, avaliação e auditoria: relatório final*. Brasília, 1997.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Descentralização do Sistema de Informações Hospitalares – SIH-D*. Nota técnica n. 28. Brasília, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação do SUS*. Brasília, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Nota técnica n. 18*. Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Brasília, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Oficina de trabalho de integração das câmaras técnicas: reorganização dos serviços de saúde. Regionalização e integralidade das ações*. Brasília, 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Painel FESP*. Disponível em: <<http://www.conass.org.br>>. Acesso em 24.09.2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS. Controle, regulação, avaliação e auditoria*. Brasília, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender o pacto pela saúde. Nota técnica n. 6*. Brasília, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Parecer Jurídico sobre a publicação da Portaria de Contratualização de Serviços Assistenciais no SUS (GM/MS n. 358)*. Brasília, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Política Nacional de Regulação. Nota técnica n. 11*. Brasília, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Profissional tipo 07 no Sistema de Informação Hospitalar – SIH*. Nota técnica n. 44. Brasília, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Programa de informação e apoio técnico às novas equipes estaduais do SUS*. Brasília, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Projeto de descentralização do SIH/SUS – Regulação. Nota técnica n. 36*. Brasília, 2004.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Relatório da oficina de trabalho do CONASS – Sistema de informação para regulação de acesso. Nota técnica n. 16*. Brasília, 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Seminário para Construção de Consensos. Brasília; Sergipe: Progestores, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Nacional de Auditoria: cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS*. Brasília, 2003.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Consensus: Pacto pela saúde 2006*. Ed. especial n. 21. Brasília, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A.P et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DENASUS: nossa história. Disponível em <<http://sna.gov.br>>. Acesso em 10.10.2006.

DEPPE, H. The present situation and perspectives of universal systems of health. 11th World Congress on Public Health. J.W. Goethe-University of Frankfurt/Germany. Rio de Janeiro, 2006.

DOCTEUR, E.; OXLEY, H. *Health-Care systems: lessons from the reform experience*. Paris: OECD Health Working Papers, 2003.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring*. Michigan: Health Administration Press, 1980.

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

DRUMMOND, M. F.; MAYNARD, A. K. *The context for economic evaluation*. Economic Evaluation in Development of Medicines. Office of Health Economics, 1988.

EUROPEAN observatory of health systems and policies. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/Efficiency>>. Acesso em 1º.11.2006.

EUROPEAN observatory of health systems and policies. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/regulation>>. Acesso em 30.10.2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (Org.). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FILHA, V. O. L. Sistemas de Informações Ambulatoriais: aplicações em auditoria. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2001. (TCC - Especialização em Informação em Saúde).

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

INOJOSA, R. M. Avaliação e controle do SUS: mudam-se as práticas? Cad. FUNDAP, n.19. jan/abr, 1996. p. 88-96.

KUMARANAYAKE, L. et al. How do countries regulate the health sector? Evidence from Tanzania and Zimbabwe. In: Health Policy and Financing, 15(4). Oxford: Oxford University Press, 2000. p. 357-367.

LUCAS, V. S. Manual do Gestor do SIH-D – Sistema de Informação Hospitalar descentralizado, 2004.

MALIK, A. M.; SCHIESARI L. M. C. Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde, volume 3 – Série Saúde & Cidadania. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo: 1998. p. 1. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/index.html>

McGUIRE, A.; HENDERSON, J.; MOONEY, G. The economics of health care. London: Routledge, 1992.

MEDINA, M. G.; AQUINO, R.; CARVALHO, A. B. Avaliação da atenção básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Saúde em debate, 21: 15-28, 2000.

MENDES, E. V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. SUS: Mudar para avançar, 2006. (no prelo).

MILLS, A. Improving the efficiency of public sector health services in developing countries: bureaucratic versus market approaches. HEFP working paper, 01/95.

MOONEY, G. Economics, medicine and health care, 2. ed. Great Britain: Harvester Wheatsheaf, 1992.

MORAES, I. H. S. et al. Informação em saúde e gestão democrática. In: Cadernos da nona conferência nacional de saúde. Brasília: UNB, 1992. p. 35-42.

MORAES, I. H. S. Evolução dos SIS: expressão da fragmentação institucional. In: MORAES, I. H. S. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1994. p. 45-70.

MURRAY, C. J. L.; FRENK, J. Theme papers: a framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization, 2000.

NORMAND C.; BOWLING A. Outcomes in neurological and neurosurgical disorders. Cost-benefit analysis. Swash and Wilden, 1993.

PERROT, J.; CARRIN, G.; EVANS, D. Application of contracting in health systems: key messages. World Health Organization, The Department of Health Systems Financing (HSF). The views expressed in this Technical Brief for Policy-Makers, 2005.

RIBEIRO, J. M. Regulação e contratualização no setor saúde. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). Brasil: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP, 2001. p. 409-443.

SALTMAN R. B.; BUSSE, R.; MOSSIALOS, E. Regulating entrepreneurial behaviour in european health care systems. Open University Press Buckingham, Philadelphia. WHO, 2002.

SANTOS, L. Sistema Nacional de Auditoria: cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 1996. 93 p.

SANTOS, L. Sistema Único de Saúde e o sistema de controle interno e externo. [s.l.]: [s.n.]. 1998. (xerox).

SANTOS, S. R. Informações com abrangência nacional: uma perspectiva para a área de saúde. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1999.

SILVA, N. M.; BORINI, O.; PIEPER, S. Controle, avaliação e auditoria em saúde, 2. ed. Florianópolis: SES/UFSC, 1996.

SILVER, L. Aspectos Metodológicos em avaliação dos serviços. In: Gallo, E.; Rivera, F.J.U.; Machado, M. H. (Org). Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: [s.l.], 1992. p. 195-210.

VIANA, S. M. et al. Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento. Brasília: OPAS, IPEA, 2001.

WHO. Medical Device regulations: global overview and guiding principles, 2003.

YUNES, J. Descentralização. Gestão local: construindo municípios saudáveis. Goiânia: Conasems, 1998. p. 39-48. (Relatório do XIV Congresso Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

