

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Seminário Regional de Gestão Estratégica e Participativa

Região Nordeste II

As Políticas de Promoção  
da Equidade e o Decreto  
nº 7.508/11: um desafio  
para a gestão do SUS

Caderno de Apoio

MT  
614:005.56(812/813)  
B823s  
jul. 2012



Brasília - DF  
2012





MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
Departamento de Apoio à Gestão Participativa

# SEMINÁRIO REGIONAL DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA

Região Nordeste II

As Políticas de Promoção da Equidade e  
o Decreto nº 7.508/11: um desafio para a gestão do SUS

## CADERNO DE APOIO

### ALAGOAS

10 regiões de saúde

### BAHIA

28 regiões de saúde

### PERNAMBUCO

12 regiões de saúde

### SERGIPE

7 regiões de saúde



Salvador – BA, 25 a 27 de julho de 2012

Série D. Reuniões e Conferências



Brasília – DF  
2012

MT

614:00556 (812/813)

B8235

© 2012 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção Institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://www.saude.gov.br/editora>>.

Tiragem: 1ª edição – 2012 – 250 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
Departamento de Apoio à Gestão Participativa  
Esplanada dos Ministérios Bloco G Ed. Sede 2º andar  
70058-900 Brasília/DF  
Telefone: (61) 3315-3616  
Fax: (61) 3321-1935  
E-mail: [gestaoparticipativa@saude.gov.br](mailto:gestaoparticipativa@saude.gov.br)  
Homepage: [www.saude.gov.br/sgep](http://www.saude.gov.br/sgep)

*Organizadores:*

Departamento de Apoio à Gestão Participativa:  
Cláudia Spínola Leal Costa  
Esdras Daniel dos Santos Pereira  
Kátia Maria Barreto Souto  
Zenite da Graça Bogaia  
Departamento de Articulação Interfederativa:  
Cíntya Rodrigues Ferreira  
Isabel Maria Vilas Boas Senra  
Rommer Fabiano Mont-Morency R. Vieira

*Editora MS*

Coordenação de Gestão Editorial  
SIA Trecho 4 Lotes 540/610  
71200-040 Brasília/DF  
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794  
Fax: (61) 3233-9558  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)  
Homepage: <http://www.saude.gov.br/editora>

*Equipe editorial:*

Normalização: Delano da Aquino Silva  
Revisão: Eveline de Assis e Khamila Silva  
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo Rodrigues

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Seminário Regional de Gestão Estratégica e Participativa : Região Nordeste II : as Políticas de Promoção da Equidade e o Decreto n° 7.508/11 : um desafio para a gestão do SUS : caderno de apoio / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.  
68 p. : il. – (Série D. Reuniões e Conferências)

ISBN 978-85-334-1937-7

1. Equidade em saúde. 2. Políticas públicas saudáveis. 3. Promoção em saúde. I. Título. II. Série.

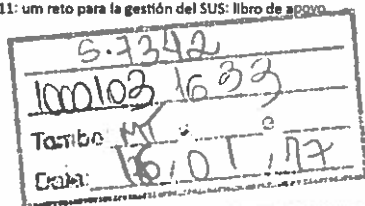
CDU 614.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2012/0292

*Títulos para indexação:*

Em inglês: Regional Seminar on Strategic and Participative Management: Northeast Region II: Policies Promoting Equity and Decree 7,508/11: a challenge for the SUS management: book of support

Em espanhol: Seminario Regional de Gestión Estratégica y Participativa: Región Nordeste II: las políticas para la Promoción de la equidad y el Decreto 7.508/11: un reto para la gestión del SUS: libro de apoyo



# SUMÁRIO

OBJETIVO.....	5
CONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO .....	7
A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NO SUS.....	17
AS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE.....	27
PERSPECTIVAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO DECRETO N° 7.508/2011 E OS COMITÊS DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE.....	29
Dispositivos do decreto.....	29
Comitês técnicos de políticas de promoção da equidade .....	30
AGENDA DA SGEP 2012–2015 .....	33
A agenda estratégica para 2012 .....	34
Transferência de recursos aos estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS)	35
A COOPERAÇÃO FEDERAL A ESTADOS E MUNICÍPIOS .....	41
INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS .....	45
Pacto pela Saúde .....	45
Instrumentos do Planejamento do SUS .....	46
Plano de Saúde.....	46
Relatório Anual de Gestão .....	48
Indicador de Desempenho do SUS.....	50
ANEXO A – CARTA DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À SOCIEDADE BRASILEIRA.....	55
ANEXO B – DIRETRIZES APROVADAS NA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE .....	63
EQUIPE TÉCNICA.....	65



## OBJETIVO

*Os Seminários Regionais de Gestão Estratégica e Participativa e Políticas de Promoção da Equidade: um desafio para a Gestão do SUS* reúnem secretários estaduais e municipais de saúde, assim como gerentes das áreas: Vigilância em Saúde, de Atenção Básica, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Trabalhador, conselheiros de saúde e lideranças sociais na perspectiva de mobilizar e articular espaços que debatam e contribuam com a implementação das Políticas de Promoção da Equidade e aprimoramento do Pacto pela Saúde de acordo com o Decreto nº 7.508/11.

O principal objetivo é a definição de uma agenda de compromissos para a inserção das políticas de promoção de equidade nos planos estaduais e municipais de saúde, estimulando a formação de espaços colegiados e o fortalecimento da gestão participativa nos estados, bem como a implementação do processo de contratualização interfederativa nas regiões de saúde, como etapa importante no avanço do sistema, a partir da premissa constitucional de que saúde é um direito de todos e dever do Estado.

Para alcançar esse objetivo será utilizada uma metodologia capaz de aglutinar os interesses específicos e comuns dos atores envolvidos (gestores, representantes de movimentos sociais e conselhos de saúde) que se traduzam em ações consensuais a serem implementadas em todos os níveis de gestão do SUS. Nesse contexto, optou-se por utilizar metodologias participativas que valorizem as experiências, os saberes e práticas dos participantes, a fim de promover a maior mobilização e vinculação à temática, por meio de mesas redondas e trabalhos em grupos.

O presente caderno expressa a intenção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) em compartilhar informações relevantes com atores estratégicos na consolidação do Sistema Único de Saúde.



## CONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das mais importantes conquistas sociais das últimas décadas, resultante de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, cidadania e formas participativas de gestão.

Pela própria natureza do Estado brasileiro, a atuação conjunta dos entes federados nas políticas públicas deve garantir a autonomia de cada um deles e, ao mesmo tempo, possibilitar a adoção de ações coordenadas e socialmente efetivas, de forma solidária e cooperativa, entre eles.

A Constituição Federal de 1988 assegura *a saúde como direito de todos e dever do Estado*, mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da Saúde. As ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e
- III – participação da comunidade.

O texto constitucional traz, então, a concepção de um sistema baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado

com o bem-estar social, especialmente no que se refere à Saúde coletiva, resultado da articulação de movimentos sociais, particularmente aqueles que lutavam pela democratização do setor Saúde, conhecido como o movimento sanitário e que culminou na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986.

Em 1990, a Lei nº 8.080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços do SUS, estabelecendo os seguintes princípios:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade da assistência à Saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – direito à Informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI – divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII – participação da comunidade;

- IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde
- X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à Saúde da população;
- XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII – organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Entre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a participação da comunidade no sistema de saúde, garantindo que a população participe ativamente do processo de formulação e monitoramento e avaliação das políticas de saúde.

Como forma de participação da população no Sistema Único de Saúde tem-se como espaços colegiados:

- as conferências de saúde; e
- os conselhos de saúde.

Ambos são formas integrantes e institucionalizadas nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal, atuando na elaboração de estratégias e diretrizes e no controle da execução das políticas de saúde.

As conferências de saúde são realizadas a cada quatro anos, oportunizando a discussão e análise da situação de saúde da população, estabelecendo orientações e diretrizes para o funcionamento das ações e serviços de saúde no SUS.

Os conselhos de saúde, instâncias de caráter deliberativo e permanente do SUS, são compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários se dá de forma paritária em relação aos demais segmentos. É importante destacar que os Planos de Saúde devem ser aprovados pelos conselhos de saúde, nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), enquanto instrumento que aponta os objetivos e metas para os quatro anos de governo e a fiscalização da realização destes, anualmente, deverá constar dos Relatórios Anuais de Gestão, a serem submetidos também à aprovação nos conselhos de saúde.

Todas essas conquistas estão registradas na Constituição Federal de 1988, na Lei nº 8.142/90 e na Lei nº 8.080/90 e representam um marco na história da Saúde no Brasil. Os cidadãos brasileiros devem se empoderar e exercer os seus direitos, contribuindo, dessa forma, para a melhoria da qualidade de vida do povo brasileiro.

Para além dos espaços instituídos, a participação social em saúde é um princípio ético-político que norteia a formulação de políticas e a gestão de serviços no sistema de saúde, na perspectiva da universalidade do acesso e no reconhecimento de que a saúde é, para além das condições biológicas, uma questão social.

Nesse sentido, o fortalecimento do controle social é prioridade na implementação da Gestão Estratégica e Participativa no SUS e passa ações de qualificação e aprofundamento da participação social por meio de ações denominadas Educação Permanente para o Controle

Social. Vale destacar que a participação social é mais ampla do que os espaços de controle social instituídos no SUS e que podem se expressar de forma direta com a gestão.

O *Decreto nº 7.508*, sancionado em 28 de junho de 2011, vem preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ao regulamentar, depois de 20 anos, a Lei nº 8.080, nos aspectos organizativos do sistema, com foco no planejamento da Saúde, na assistência à Saúde e na articulação interfederativa, possibilitando um aprimoramento do Pacto Federativo pela Saúde e contribuir, efetivamente, na garantia do direito à Saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Conceitua:

- **Regiões de saúde**, como o espaço geográfico contínuo constituído por aglomerado de municípios com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- **O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap)**, como o acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, recursos financeiros que serão disponibilizados e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;
- **A Rede de Atenção à Saúde**, como o conjunto de ações e serviços de saúde articulado em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas comissões intergestores;

- **As portas de entrada do sistema** que correspondem aos serviços de atendimento inicial para o acesso universal e igualitário à Rede de Atenção à Saúde e que devem referenciar o usuário para o acesso aos serviços de atenção hospitalar, bem como aos serviços de atenção ambulatorial especializada, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica. Constituem-se portas de entrada, os serviços de atenção primária, os serviços de urgência-emergência, os serviços de atenção psicossocial e os serviços de acesso aberto, a exemplo dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Cerest) e dos Centros de Aconselhamento e Testagem (CTA), que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis;
- **O acesso ordenado à Rede de Atenção à Saúde** dar-se-á pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial;
- **O Mapa da Saúde**, como a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, que será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde;
- **O planejamento da Saúde**, obrigatório para os entes públicos e indutores de políticas para a iniciativa privada, orientado pelas diretrizes nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, deve, em âmbito estadual, ser realizado de maneira regionalizada, em razão da gestão compartilhada

do sistema, a partir das necessidades dos municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde;

- **A Renases**, como a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde ofertados que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à Saúde;
- **A Rename**, como a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais que compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou agravos no âmbito do SUS, sendo acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos, bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; e
- **As comissões intergestores**, como as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos, para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, expressão da articulação interfederativa.

O Pacto pela Saúde, em 2006, trouxe avanços significativos para a gestão compartilhada do SUS, no entanto, desafios permanecem e hoje se traduzem nas *diretrizes nacionais estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde*, para o período 2012–2015 e que devem ser observadas por todos os gestores do SUS:

- I – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da Política de Atenção Básica e da Atenção Especializada;

- II – Aprimoramento da rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento (UPA), de serviços de atendimento móvel de urgência (Samu), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção;
- III – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS;
- IV – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da Saúde Suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor Saúde;
- V – Promoção da atenção integral à Saúde da Mulher e da Criança e implementação da “Rede Cegonha”, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade;
- VI – Garantia da atenção integral à Saúde da Pessoa Idosa e dos Portadores de Doenças Crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção;
- VII – Implementação do subsistema de atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, e garantia do respeito às especificidades culturais;
- VIII – Fortalecimento da Rede de Saúde Mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de *crack* e outras drogas;
- IX – Redução dos riscos e agravos à Saúde da população, por meio das ações de Promoção e Vigilância em Saúde;



- X – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à Saúde;
- XI – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde;
- XII – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável;
- XIII – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS; e
- XIV – Representação e defesa internacional dos interesses brasileiros no campo da Saúde, bem como o compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países.

Recentemente, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS desenvolveu o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), componente do Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, com a finalidade de:

- (i) avaliar o desempenho do SUS nos municípios, nos estados, nas regiões e no País;
- (ii) avaliar o acesso e a qualidade nos diferentes níveis de atenção básica, urgências e emergências e especializada ambulatorial e hospitalar; e

(iii) expressar essa avaliação a partir da análise de indicadores simples e compostos.

O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um indicador síntese, que avalia o desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, da Atenção Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências, a partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores simples e compostos.

## A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL NO SUS

Além do estabelecido pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica da Saúde, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS tem por base os seguintes princípios e diretrizes:

- Reafirmação dos pressupostos da Reforma Sanitária quanto ao direito universal à Saúde como responsabilidade do Estado, como universalidade, equidade, integralidade e *participação social*.
- Valorização dos diferentes mecanismos de *participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS*, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular.
- Reconhecimento das iniquidades em saúde das populações específicas visando efetivar a universalidade no exercício do direito à Saúde a partir da promoção da equidade.
- Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos de debates e construção de saberes.
- Integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, gestão, monitoramento e avaliação com o controle social, entendidos como medidas para o aprimoramento da gestão do SUS nas três esferas de governo.

- Ampliação dos espaços de ausculta da sociedade em relação ao SUS, articulando-os com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde.
- Articulação com as demais áreas do Ministério da Saúde na implantação de mecanismos de avaliação continuada da eficácia e efetividade da gestão do SUS com enfoque principalmente no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.
- Articulação das ações referentes à gestão estratégica e participativa desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, com os diversos setores, governamentais e não governamentais, relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde.
- Fortalecimento das diversas formas de organização da sociedade civil, dos mecanismos não institucionalizados de participação e de fortalecimento da democracia participativa e representativa, como as consultas públicas, fóruns sociais, redes sociais, entre outros.

Gestão Participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos de gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade. Pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Trata-se de modificar os processos de formulação, planejamento, execução, controle e avaliação das políticas públicas na perspectiva de compartilhamento do poder decisório, da efetivação da participação social, sobretudo na perspectiva da democracia participativa.

As práticas participativas implicam na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

Assim, a Gestão Estratégica e Participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular, à mobilização social, à promoção da equidade em saúde, ao fortalecimento da articulação entre as esferas de gestão, à escuta qualificada da população pelas ouvidorias em saúde, à auditoria, à gestão da informação e informática em saúde e à gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

Nesse sentido, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS compreende os componentes a seguir discriminados:

- Garantia de efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais – assegurando, aos mesmos, dotação orçamentária própria;
- Consolidação do caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, com composição paritária entre usuários e demais segmentos, devendo o presidente ser eleito entre seus membros;
- Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de atenção à Saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa;
- Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre

usuários e sistema de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão.

O diagnóstico construído evidencia que, apesar dos significativos avanços em sua ação, quanto ao processo de formulação e controle da política pública de saúde, os conselhos ainda enfrentam obstáculos importantes, como o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e estados; precárias condições operacionais e de infraestrutura; falta de regularidade de funcionamento; ausência de outras formas de participação; falta de transparência nas informações da gestão pública; dificuldade e desmobilização para a formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de Atenção à Saúde.

O Programa de Inclusão Digital (PID) dos conselhos de saúde surge a partir das deliberações de conferências nacionais de saúde para fortalecer e democratizar a Comunicação e Informação em Saúde, contribuindo para que os conselheiros de saúde se apropriem de informações e adquiram habilidades comunicativas indispensáveis ao exercício do controle social. Aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e materializado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). Para efetivação do PID foi necessário assegurar equipamentos (computador, impressora, estabilizador, antena parabólica, televisão), interligar os conselhos à rede mundial da internet, e viabilizar educação permanente para conselheiros.

Para concretização do primeiro componente do programa foram disponibilizados, no período de 2007 a 2011, 16.683 computadores e impressoras para 5.591 conselhos estaduais e municipais de saúde, 2.500 aparelhos de TV LCD 32" com antenas parabólicas e decodificadores, e TV por assinatura em parceria com Oi – Anatel, contemplando também 34 conselhos de saúde indígenas, 26 conselhos de secretarias municipais de

saúde (Cosems), 27 núcleos estaduais do Ministério da Saúde, 91 entidades de ensino – universidades, escolas técnicas e Telessaúde. O segundo componente foi a formação de conselheiros a partir de dois módulos. O primeiro, Curso sobre Informática para conselheiros de saúde, realizado em parceria com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS regional). O segundo módulo, Curso de Informação e Comunicação em Saúde para o Controle Social, previsto para 6 mil conselheiros promovido pela SGEP/MS em parceria com o CNS, por meio do convênio com a Escola Nacional de Saúde Pública ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O terceiro componente foi a conectividade realizada em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e Ministério das Comunicações. O acompanhamento e monitoramento do programa foram desenvolvidos a partir de várias estratégias: avaliação do programa por meio de pesquisa realizada pela SGEP/MS, instituição de instrumentos de confirmação de recebimento e utilização dos equipamentos e criação dos Grupos de Acompanhamento do Programa nos estados.

Os estados da Região Nordeste (PE, AL, SE, BA) têm quatro conselhos estaduais de saúde e 783 conselhos municipais de saúde, todos contemplados com equipamentos do PID, computadores, impressoras, e inseridos na terceira etapa do programa para recebimento de aparelhos de TV, antenas e decodificadores. São os conselhos que atenderam a todos os critérios para adesão ao programa quais sejam: espaço físico para funcionamento dos conselhos, recebimento e instalação dos equipamentos no espaço dos conselhos de saúde, confirmação de recebimento dos equipamentos por meio de pesquisa de avaliação do programa e ata do conselho e validação pelo GT-PID dos estados conforme a tabela a seguir. No Curso de Comunicação e Informação, modalidade EAD, integrante do componente formação, participarão, na primeira etapa, 280 conselheiros da região, sendo uma turma por estado (AL, SE) com 40 conselheiros,

duas turmas para o Estado de Pernambuco com 80 conselheiros e três turmas para o Estado da Bahia com 120 conselheiros. Estão previstas mais três etapas do curso. O programa de Inclusão Digital dos conselhos de saúde é acompanhado e monitorado em nível nacional pelo Comitê Nacional coordenado pelo Conselho Nacional de Saúde e pelos grupos de Acompanhamento e Monitoramento instituídos nos 26 estados e DF – GT-PID, coordenados pelos conselhos estaduais e com composição contemplando atores fundamentais para articulação com os conselhos de saúde, tais como: Cosems, Coordenação de Plenárias, Seauds, DATASUS, núcleos do Ministério da Saúde nos estados.

Tabela 1 – Situação dos conselhos de saúde da Região Nordeste – Componente: equipamentos e formação de conselheiros

Estados	Quantitativo de conselhos de saúde	Adesão computadores%	Adesão impressoras %	Adesão TVs conselhos organizados %	Curso Comunicação Informação EAD conselheiros
Alagoas	103	100 %	100%	70-72,1%	40
Bahia	418	100 %	339-81,01%	136-32,53 %	120
Pernambuco	186	100 %	100%	77-41,39 %	80
Sergipe	76	100 %	100%	45-59,21 %	40
Total	783	100%	704-89,91%	328-41,89%	280

Fonte: Planilha de monitoramento PID – DAGEP.

Podemos apontar, resultados significativos com a implantação e implementação do programa:

- a) impacto em relação à estruturação dos conselhos de saúde com a aquisição dos equipamentos e viabilização das ações do conselho e espaço físico;
- b) reafirmação da importância do papel do conselho como órgão de representação da sociedade, na definição da política de saúde;



- c) apropriação de conhecimentos, informações e comunicação pelos conselheiros para o exercício do controle social democrático acerca da política de saúde; e
- d) organização da rede de articulação entre diversos atores inseridos na ação de fortalecimento dos CS por meio do GT-PID estadual.

Com o objetivo de aprimorar o processo de articulação e transparência entre os conselhos, possibilitar o acesso às informações para todos os conselhos de saúde, entidades, pesquisadores e sociedade em geral e permitir atualização permanente das informações dos conselhos de saúde, foi lançado pelo Conselho Nacional de Saúde em março de 2012 o Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde (SIACS) em substituição ao Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde visando garantir um cadastro único e consolidar todos os dados sobre os conselhos de saúde. É fundamental que todos os conselhos façam adesão ao sistema e para tanto os presidentes de conselhos ou secretários executivos precisam acessar a página do Conselho Nacional de Saúde, clicar em SIACS e seguir o passo a passo, solicitar adesão ao Sistema e após receberem a senha de acesso devem inserir as informações e atualizar os dados dos conselhos de saúde.

Por fim, considerando a realidade e para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos, nos seguintes tipos:

- **Mecanismos institucionalizados de controle social**, representados pelos conselhos de saúde e pelas conferências de saúde, envolvendo o governo, os trabalhadores da Saúde e a sociedade civil organizada, nas três esferas de governo.

- **Processos participativos de gestão**, integrando a dinâmica de diferentes instituições e órgãos do SUS, nas três esferas de governo, tais como conselhos gestores/conselhos de gestão participativa, direção colegiada, câmaras setoriais, comitês técnicos, grupos de trabalho, entre outros. A estruturação das mesas de negociação como ferramenta para a gestão do trabalho vem se consolidando como inovadora prática de gestão participativa das relações de trabalho, nas três esferas de governo.
- **Mecanismos de mobilização social** que representam dispositivos para a articulação de movimentos populares na luta pelo SUS e o direito à Saúde, ampliando espaços públicos (coletivos) de participação e interlocução entre trabalhadores de saúde, gestores e movimentos populares.
- **Educação popular em saúde**: promoção do diálogo permanente com movimentos populares, entidades formadoras e grupos sociais no sentido de fortalecer e ampliar a participação social no SUS, promover a troca de saberes e práticas de cuidado tradicionais entre a comunidade e os serviços de saúde na busca pela integralidade em saúde.
- **Ações articuladas entre diferentes setores de governo e a sociedade civil (intersetorialidade)**: partindo do reconhecimento da complexidade e amplitude do campo Saúde, a gestão participativa promove o compartilhamento de decisões entre instituições governamentais e sociedade civil, que atuam na produção social da Saúde. Envolve a articulação de estratégias, ações e recursos das diversas políticas governamentais na perspectiva de garantia do direito à Saúde.

- **Promoção da equidade em saúde:** destaca-se a capacidade da gestão participativa de promover a produção de políticas e estratégias que visam reduzir as iniquidades em saúde a que determinados grupos populacionais são cotidianamente expostos como a população negra e quilombola, do campo e floresta, população de lésbicas, *gays*, bissexuais e transexuais (LGBT), população em situação de rua, população cigana, entre outros. Portanto, a gestão participativa é capaz de articular as políticas e estratégias do Sistema Único de Saúde no sentido de promover a equidade e assegurar a universalidade do acesso à Saúde.

Esse conceito ampliado de Gestão Participativa está estreitamente relacionado com as demais áreas da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa: os mecanismos de escuta permanente das opiniões e manifestações da população, valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, representados pelas ouvidorias do SUS; os espaços onde ocorrem as relações de pactuação da gestão (CIB e CIT); os mecanismos participativos de monitoramento e avaliação da gestão, das ações e dos serviços de saúde; e as ações de auditoria que desencadeiam medidas para o aprimoramento da gestão do SUS, de forma eficaz e efetiva, nas três esferas de governo.

A Gestão Participativa compreende ainda o fortalecimento da mobilização e do controle social efetivado mediante a criação de outros canais de diálogo e produção entre a população e o governo, destacando a educação popular em saúde como metodologia e práxis capaz de aproximar os diferentes saberes e práticas de cuidado em saúde e as ações de educação permanente para o controle social de lideranças sociais, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados na busca da qualificação dos espaços de controle social.

Todos os setores que promovem a participação social e caracterizam a gestão participativa do SUS têm pela frente a tarefa de se apropriar da construção de novos modelos de atenção e gestão da Saúde, regido sob a lógica das necessidades, demandas e direitos de toda a população.

Diante da conjuntura atual do Sistema Único de Saúde que envolve a revisão de instrumentos de gestão, a definição de novos marcos legais e o aprimoramento da gestão em saúde, a Gestão Estratégica e Participativa insere-se enquanto estratégia capaz de ampliar os debates a respeito das políticas de saúde, fortalecendo as bases sociais em defesa do SUS e assegurando a transparência e efetividade dos processos de gestão dos serviços e sistemas de saúde.

## AS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA EQUIDADE

A equidade refere-se a uma atenção justa, sem privilégios ou preconceitos, respeitando as necessidades de cada cidadão e considerando suas especificidades. Implica implementar mecanismos de indução de políticas, programas e ações para populações em condições de vulnerabilidade e iniquidade, reconhecendo suas demandas, além de determinantes e condicionantes sociais.

A construção da universalidade do acesso à Saúde e a efetivação da integralidade do cuidado perpassam o reconhecimento da Saúde enquanto processo determinado socialmente com dimensões como preconceito, localização geográfica, barreiras culturais e estruturais dos serviços, entre outros.

No campo da Saúde coletiva, as condições de desigualdade persistentes, embora sujeitas à mudança, são chamadas de iniquidades. Para combatê-las, o Ministério da Saúde e as demais esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm implementando as políticas de promoção da equidade, com o objetivo de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da Saúde como os níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, o acesso à água e saneamento, a segurança alimentar e nutricional, a participação na vida política local, os conflitos interculturais e preconceitos como o racismo, a homofobia e a misoginia, entre outros.

Mais que o reconhecimento do “estar vulnerável” ou do “exposto ao risco” e a busca pela reversão dessa situação, a busca pela equidade

significa a disputa por alterações nas instituições, instâncias de participação e os serviços de saúde que promovam a expressão de antigas invisibilidades sociais responsáveis por entraves na efetivação da universalidade e da integralidade em saúde.

A prática da equidade dependeria de um elevado grau de democracia, de distribuição das cotas de poder, do controle social do exercício desse poder descentralizado de maneira a se evitar abusos e, paradoxalmente, também de um elevado grau de autonomia dos agentes sociais que praticam os julgamentos e instituem os tratamentos, sem o que não poderiam operar conforme cada situação singular.<sup>1</sup>

Nesse sentido, as políticas de promoção da equidade em saúde formam um conjunto de ações e serviços de saúde que são priorizados e ajudarão a alcançar, de forma igualitária e universal, o desafio maior do SUS: a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e aos serviços de saúde.

É importante que todos se apropriem das políticas de promoção da equidade que o Ministério da Saúde tem priorizado, como: Saúde da População Negra; Saúde das Populações do Campo e da Floresta; Saúde de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), Saúde da População em Situação de Rua e Saúde da População Cigana.

---

<sup>1</sup> CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, maio/ago. 2006.

# **PERSPECTIVAS PARA A IMPLANTAÇÃO DO DECRETO Nº 7.508/2011 E OS COMITÊS DAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE EQUIDADE**

## **Dispositivos do decreto**

A publicação do Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), acerca do planejamento da Saúde, da Atenção à Saúde e da articulação interfederativa, contempla dispositivos importantes, tais como: a organização das regiões de saúde e o processo da regionalização; o mapa de saúde; as redes de Atenção à Saúde; a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), enquanto o conjunto de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS; a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), como a relação de medicamentos essenciais disponibilizados pela rede pública para tratamento das doenças ou agravos da Saúde; e, sobretudo, um novo instrumento da gestão compartilhada que é o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap).

O Coap, como instrumento da gestão compartilhada, tem a função de explicitar a definição clara das responsabilidades de cada ente federativo na organização do SUS, permitindo, a partir de diretrizes, metas e indicadores comuns, os compromissos de todos perante a saúde da população, garantindo segurança jurídica, transparência e solidariedade entre os entes federativos em cada uma das regiões de saúde, elementos necessários para a garantia da efetividade do direito à Saúde da população brasileira.

As regiões de saúde definidas pelos estados em articulação com os seus municípios, que serão objeto de contratualização interfederativa são:

Alagoas – 10 regiões de saúde

Bahia – 28 regiões de saúde

Pernambuco – 12 regiões de saúde

Sergipe – 7 regiões de saúde

## **Comitês técnicos de políticas de promoção da equidade**

No âmbito do Ministério da Saúde, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, tem como prioridade apoiar o processo de constituição de *comitês técnicos de promoção da equidade em saúde nos estados e municípios*. Na prática, as políticas de promoção da equidade em saúde formam um conjunto de ações e serviços de saúde priorizados que contribuirão para alcançar, de forma igualitária e universal, o desafio maior do SUS: a garantia de acesso resolutivo, em tempo oportuno e com qualidade, às ações e serviços de saúde para as populações em situação de vulnerabilidade.

### **O que são comitês de promoção da equidade em saúde?**

No ano de 2004, foram constituídos, no âmbito do Ministério da Saúde, comitês técnicos de promoção da equidade. A proposta operacional para os comitês advém da construção de uma lógica articuladora entre as forças dos movimentos sociais organizados pela sociedade civil e a dinâmica institucional governamental, travando uma efetiva pactuação de interesses e responsabilidades no processo de construção de políticas de saúde.



Os comitês são espaços de diálogo da gestão em saúde com setores da sociedade civil como movimentos sociais, representantes governamentais, de instituições acadêmicas, entre outros, para a elaboração e discussão de estratégias e ações de saúde visando à implementação das políticas de saúde. Vale ressaltar que esses espaços possuem o caráter técnico de produção consensual e expressam a materialidade da gestão participativa pelo compartilhamento do poder decisório, pela definição conjunta de prioridades e pelo fortalecimento dos atores envolvidos.

### **Como mobilizar a sociedade civil para a participação nestes espaços?**

O diálogo com a sociedade civil (movimentos sociais e populares) é talvez o grande desafio da proposta desses espaços. Não existem protocolos definidos, mas estratégias como:

#### **Articulação de movimentos sociais**

Ampliar a participação de representações dos movimentos sociais, identificando entidades e lideranças sociais no campo dos direitos sociais dos segmentos populacionais. Podendo também, entrar em contato com entidades de caráter nacional para o estabelecimento do contato inicial com movimentos locais. A interlocução com outras áreas de governo (ex.: direitos humanos, assistência social...) é capaz de promover o diálogo com movimentos sociais já atuantes em outras políticas.

#### **Articulação com entidades presentes nos conselhos de saúde e outros conselhos de direitos**

Muitos destes segmentos populacionais já se encontram representados nos conselhos de saúde e/ou outros conselhos de direitos

e buscar seu envolvimento nas políticas de promoção de equidade é fundamental.

### **Articulação com universidades e instituições formadoras locais**

A participação social é reconhecida como campo de estudos e pesquisas e desenvolvimento social e humano. Importante essa articulação porque favorece a formação de novos atores sociais.

### **Como mobilizar outras áreas da Secretaria de Saúde e de Governo para a participação nos comitês?**

A temática de promoção da equidade é transversal a todas as políticas sociais, e, portanto pode agregar sujeitos políticos de diferentes campos da Saúde e de outras áreas de direitos e de gestão.

### **Qual a relação entre comitê de promoção da equidade e os conselhos de saúde?**

É preciso destacar que a constituição de comitês de promoção da equidade é uma estratégia de fomento da participação social em saúde e está intimamente ligada ao fortalecimento dos conselhos de saúde enquanto espaço deliberativo de exercício do controle social.

Assim sendo, os comitês técnicos podem ser espaços de fortalecimento dos conselhos de saúde. A produção política desses comitês deve estar articulada diretamente com as comissões temáticas dos conselhos de saúde, com as deliberações e produções das conferências de saúde. Vale ressaltar que a implementação desses espaços pode colaborar com o processo de ampliação e democratização dos conselhos de saúde.

## AGENDA DA SGEF 2012–2015

A partir da aprovação do Plano Nacional de Saúde para o período de 2012 a 2015, a SGEF assumiu a condução de processos referentes a duas diretrizes nacionais e seus respectivos objetivos e metas:

- **DIRETRIZ 12** – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.
  - ✓ Capacitar 200 mil pessoas para o controle social e gestão participativa no SUS (conselheiros, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde (ACS), agentes de combate às endemias (ACE), educadores populares e gestores), até 2015.
  - ✓ Promover a assinatura de contratos de ação pública, com definição de responsabilidades recíprocas na rede federativa em relação à população, em 80% das comissões intergestores regionais (CIR), até 2015.
  - ✓ Realizar dez seminários envolvendo as 700 comunidades quilombolas até 2015, com participação de gestores, profissionais de saúde e lideranças das comunidades.
  - ✓ Realizar seis encontros nacionais envolvendo lideranças do campo e da floresta, do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, da população em situação de rua, dos ciganos e dos gestores do SUS até 2015.
  - ✓ Realizar a 15ª Conferência Nacional de Saúde.

- ✓ Disponibilizar o Cartão Nacional de Saúde para 100% das redes assistenciais.
- **DIRETRIZ 13** – Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.
- ✓ Apoiar a implantação de 125 ouvidorias/ano com sistema informatizado.
- ✓ Realizar 4 mil ações de controle interno e auditorias com foco nos contratos de ação pública, até 2015.

## A agenda estratégica para 2012

A SGEF priorizou para o ano de 2012, algumas estratégias e respectivos produtos que nortearam o planejamento de cada departamento. São eles:

### **DAI – Departamento de Articulação Interfederativa**

Implantar o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde nas regiões de saúde

(meta: 50 regiões de saúde do País contratualizadas)

### **DAGEP – Departamento de Apoio à Gestão Participativa**

Implantar e fortalecer os comitês técnicos de políticas de Promoção da Equidade

(meta: 60 comitês técnicos implantados)

## **DOGES – Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS**

Estruturar Ouvidoria Ativa no Sistema Nacional de Ouvidoria nas sete marcas de governo (Rede Cegonha, Prevenção do Câncer da Mama e do Colo de Útero, Rede de Saúde Mental com foco no *crack*, UBS, SOS Urgência e Emergência, Melhor em Casa e Viver Sem Limites)

(meta: Ouvidoria Ativa implantada nas quatro redes temáticas prioritárias, Atenção Básica, Atenção Domiciliar e Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência)

## **DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS**

Realizar ações de controle interno nas sete marcas de governo

(meta: sete protocolos de auditoria – um protocolo para cada uma das quatro redes temáticas prioritárias, Atenção Básica e Atenção Domiciliar e Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência)

## **DATASUS – Departamento de Informática do SUS**

Implantar o Cartão Nacional de Saúde

(meta: 102 milhões de pessoas cadastradas em 1.313 municípios)

## **Transferência de recursos aos estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS)**

Para tanto, a SGEP publicou, em dezembro de 2011, a Portaria MS/GM nº 2.979, que regulamentou a transferência de recursos aos estados e ao Distrito Federal para a qualificação da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente para implementação e fortalecimento da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único

de Saúde (ParticipaSUS), com foco na promoção da equidade em saúde, e para a implementação e fortalecimento das comissões intergestores regionais (CIR) e do Sistema de Planejamento do SUS. A aplicação do incentivo financeiro instituído nesta Portaria deverá gerar os seguintes resultados:

1. Reafirmação da participação popular e do controle social na construção de um novo modelo de Atenção à Saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais, considerados atores estratégicos para a gestão participativa, por meio das seguintes ações:
  - a) realização de encontros com gestores, trabalhadores da Saúde, conselheiros de saúde e lideranças sociais que atuam nos movimentos de mulheres, negros(as), quilombolas, do campo e floresta, população de rua, juventude e lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais (LGBT) e ciganos sobre gestão participativa, controle social e políticas de Promoção da Equidade em Saúde;
  - b) apoio à formação de comitês, comissões e/ou grupos temáticos nas secretarias de saúde que versem sobre a coordenação e a execução das políticas de Promoção de Equidade em Saúde;
  - c) produção de material informativo e educativo sobre as políticas de Promoção de Equidade em Saúde;
  - d) apoio à formação de espaços de deliberação, como fóruns e comissões, entre os conselhos municipais e estadual de saúde para a articulação do controle so-

cial e formação de conselheiros de saúde sobre gestão participativa, controle social e políticas de Promoção de Equidade em Saúde; e

e) apoio à mobilização social e aos movimentos que apoiem a Promoção da Equidade em Saúde.

2. Aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canais de interlocução entre usuários e sistemas de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão, com o fortalecimento do Sistema Nacional de Ouvidoria e a estruturação da Ouvidoria Ativa, por meio das seguintes ações:

a) adoção de medidas de aferição de satisfação dos usuários do SUS; e

b) realização de atividades de qualificação de ouvidores.

3. Realização de atividades de interação entre o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e o controle social, possibilitando o acesso da sociedade às informações e aos resultados das ações de auditoria.

4. Qualificação de gestores e trabalhadores de saúde, por meio da Rede de Escolas e Centros Formadores do SUS.

5. Apoio ao funcionamento dos conselhos de secretarias municipais de saúde (Cosems), visando à melhoria da gestão do SUS, de acordo com os dispositivos do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

6. Implementação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, por meio das seguintes ações:

- a) conformação do Mapa da Saúde e implementação do Planejamento Regional Integrado;
  - b) constituição das regiões de saúde e implementação das respectivas CIR;
  - c) implementação, no âmbito das regiões de saúde, do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (Coap);
  - d) implementação, no âmbito das regiões de saúde, da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); e
  - e) implementação, no âmbito das regiões de saúde, da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).
7. Implementação do Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), por meio da realização de atividades de qualificação de gestores e de técnicos para o funcionamento do Sistema Cartão.
8. Fortalecimento do SNA para o controle do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), por meio da realização de atividades de auditoria.

As ações a serem implementadas em cada Estado devem ser pactuadas em cada CIB.



**Quadro 1 – Montante de recursos federais a serem transferidos aos estados do Nordeste, para apoiar a implementação da Política ParticipaSUS, com foco na promoção da equidade em saúde e implantação/implementação e fortalecimento das CIR e do sistema de planejamento do SUS**

Portaria MS/ GM nº 2.979/11	Recursos federais	AL	BA	PE	SE	Liberação dos recursos
Anexo I	INCENTIVO DE CUSTEIO PARA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA PARTICIPASUS, COM FOCO NA PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM SAÚDE	R\$ 473.114,50	R\$ 870.572,30	R\$ 613.650,00	R\$ 400.680,30	Automática, em parcela única, do FNS aos FES
Anexo II	INCENTIVO DE CUSTEIO PARA IMPLANTAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E FORTALECIMENTO DAS CIR E DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS	R\$ 781.950,00	R\$ 2.146.530,00	R\$ 1.024.785,00	R\$ 619.545,00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40% no ato da publicação da Portaria;</li> <li>• 30% condicionados a*</li> <li>• 30% condicionados a**</li> </ul>
	<b>Total</b>	<b>R\$ 1.255.064,50</b>	<b>R\$ 3.017.102,30</b>	<b>R\$ 1.638.435,00</b>	<b>R\$ 1.020.225,30</b>	

\* a) informação de apresentação do RAG ao conselho de saúde;

b) informação da situação dos Planos de Saúde; e

c) 100% de SMS, CMS e SES e CES com acesso ao SARGSUS.

Fonte: SARGSUS.

\*\*a) informação à ST-CIT da avaliação do funcionamento das regiões de saúde pelas CIB, conforme Resolução CIT nº 01/11; e

b) informação à ST-CIT da agenda de trabalho para a construção do processo de planejamento regional, do Mapa da Saúde e da implementação do Coap.

Fonte: ST-CIT.



## A COOPERAÇÃO FEDERAL A ESTADOS E MUNICÍPIOS

Partindo do pressuposto de que há uma noção geral comum de apoio/cooperação que deve permear as relações interfederativas na busca da garantia do direito à Saúde, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa adotou o “Apoio Integrado” como estratégia de articulação interna das ações dos seus departamentos no processo de cooperação federal a estados e municípios, estando alinhada à estratégia de Apoio Integrado do Ministério da Saúde, e que tem como objetivo maior, fortalecer a gestão do Sistema Único de Saúde, considerando a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e os dispositivos do Decreto nº 7.508/11.

A função “Apoio”, no âmbito do MS, é entendida como o papel institucional exercido por seu representante na articulação federativa, que assume o posicionamento subjetivo, ético e político de acordo com as diretrizes nacionais estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e as demandas e/ou necessidades dos estados e municípios, contribuindo para o fortalecimento da implementação das políticas de saúde.

O apoiador tem o papel de articular processos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir saúde, mediando a construção de objetivos comuns e a definição de compromissos, contribuindo para a ampliação dos processos de governança, apoiando os processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão e da atenção no SUS.

É nesse contexto que a SGEP, por meio da Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa do Departamento de Articulação Interfedera-

tiva, vem organizando o processo de Apoio Integrado a estados e municípios, com a estruturação de uma rede de apoiadores que se articulam entre si e com os apoiadores das demais secretarias do MS.

As ações do apoio integrado na SGEP visam articular a agenda prioritária de cada departamento, para que seja pensado um projeto de cooperação interfederativa único, integrado, que fortaleça o sistema de saúde, na ampliação do acesso com qualidade e em tempo oportuno à população.

Quadro 2 – Apoiadores da SGEP aos estados do Nordeste (AL, BA, PE e SE)

DAI- Depto de Articulação Interfederativa				
UF	Apoiador	E-mail	Apoiador	E-mail
	(com sede em Brasília)	(@saude.gov.br)	(com sede no Estado)	
AL	João René Mattos Filho	joarene.filho		
BA	Alexandre Almeida Soares	alexandre.soares	Lutgardes Santana	lutisantana@hotmail.com
PE	Rommer F. Mont-Morency R. Vieira	rommer.vieira	Maria de Fátima da Silva	fatma.reclfe19@hotmail.com
SE	Sandro Haruyuki Terabe	sandro.terabe	Ana Raquel S. de Lima	anaraquelsgep2011@gmail.com

DÓGES – Depto de Ouvidoria-Geral do SUS		
UF	Apoiador	E-mail
	(com sede em Brasília)	(@saude.gov.br)
AL	Danielle Luciani	danielle.luciani
BA	Renata Lustosa	renata.lustosa
PE	Bárbara Oliveira	barbaram.oliveira
SE	Tânia Lustosa	tania.lustosa

DENASUS – Depto Nacional de Auditoria do SUS		
UF	Apoiador SEAUD	E-mail
	(nos estados)	(@saude.gov.br)
AL	Ivana Falcão Bastos Costa	ivana.costa
BA	Déborah Dourado Lopes	deborah.lopes
PE	Gilberto Alves Batista Filho	gilberto.filho
SE	Dinorá Melo Franco	dinora.franco

DAGEP – Departamento de Apoio à Gestão Participativa		
Políticas	Apoiador	E-mail
	(com sede em Brasília)	(@saude.gov.br)
Política da População Negra	Rui Leandro da Silva Santos	rui.silva
	Eliane Almeida Silva	eliane.almelda
Política da População do Campo e Floresta	Fátima Cristina Silva	fatima.cristina
	Maria Nagy	maria.nagy
	Iraquitan de Oliveira Silva	iraquitan.silva
Ações de saúde para a População de Rua	Maria de Fátima Marques	maria.marques
	Túlio Correia de Souza e Souza	tulio.souza
Ações de saúde para Ciganos	Alvaro Pinheiro	alvaro.pinheiro
	Ana Gabriela Nascimento Sena	ana.gabriela
	Sócrates Bastos	socrates.bastos
Política da População LGBT	Joseane Souza	oseane.souza
	Oswaldo Peralta Bonetti	osvaldo.bonetti
Política de Educação Popular em Saúde	Esdras Daniel Pereira	esdras.pereira
	Zenite da Graça Boguea Freitas	zenite.bogea
Controle Social/conselhos de saúde e PID (Programa de Inclusão Digital)	Maria da Glória Campos	maria.gloria
	Leticia Toledo do Amaral	leticia.amaral
	Cláudia Spínola Leal Costa	claudia.costa

Fonte: SGEP-MS.



# INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS

## Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde instituído em 2006 trouxe o respeito às diferenças locorregionais, reconhecendo a autonomia federativa dos entes federativos, reforçando a necessidade de organização das regiões de saúde, instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalecendo os espaços e mecanismos de controle social, valorizando a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores do SUS, na perspectiva de qualificar o acesso da população à Atenção Integral à Saúde. O Decreto nº 7.508/11 trouxe mudanças significativas no instrumental da relação federativa, do Termo de Compromisso de Gestão e seus anexos para o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. No entanto, julgamos pertinente retratar a situação do processo instituído anteriormente, tendo este ficado revogado depois de abril de 2012.

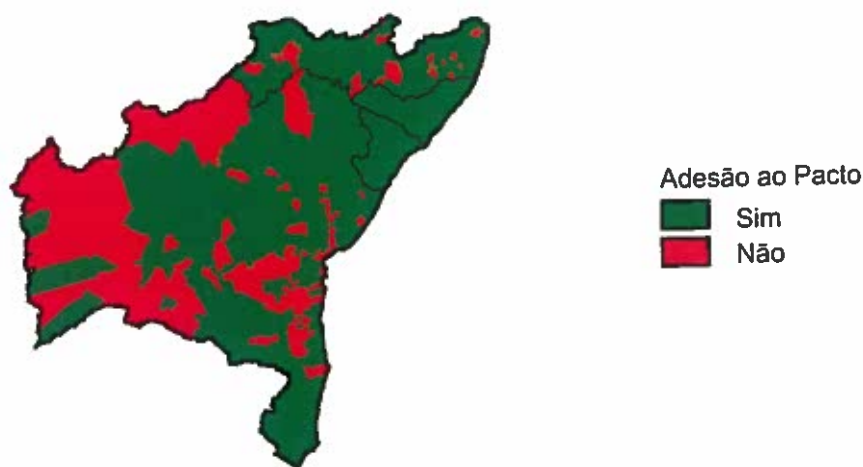
O resultado do processo de adesão ao Pacto pela Saúde, instituído até abril de 2012, conforme consenso tripartite, foi nos estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco e Sergipe:

Tabela 2 – Adesão ao Pacto pela Saúde – 2012

Estados	Nº de municípios	Adesão ao Pacto	% adesão
Alagoas	102	102	100%
Bahia	417	288	69%
Pernambuco	184	157	85%
Sergipe	75	75	100%

Fonte: CIT, abril de 2012. Elaboração: DAI/SGEP/MS.

Figura 1 – Mapa de Adesão ao Pacto pela Saúde 2012



Fonte: SGEP-MS.

## Instrumentos do Planejamento do SUS

### *Plano de Saúde*

O Plano de Saúde é o instrumento que, a partir de uma análise situacional e das diretrizes estabelecidas na conferência de saúde, apresenta as intenções para a implementação de políticas a serem buscadas no período de quatro anos, expressas em diretrizes, objetivos e metas, materializando, assim, os compromissos de saúde em uma determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento e a avaliação do sistema de saúde, devendo ser aprovado no conselho de saúde.

Segue a situação dos Planos de Saúde dos estados e municípios do Nordeste (Alagoas, Bahia, Pernambuco e Sergipe):

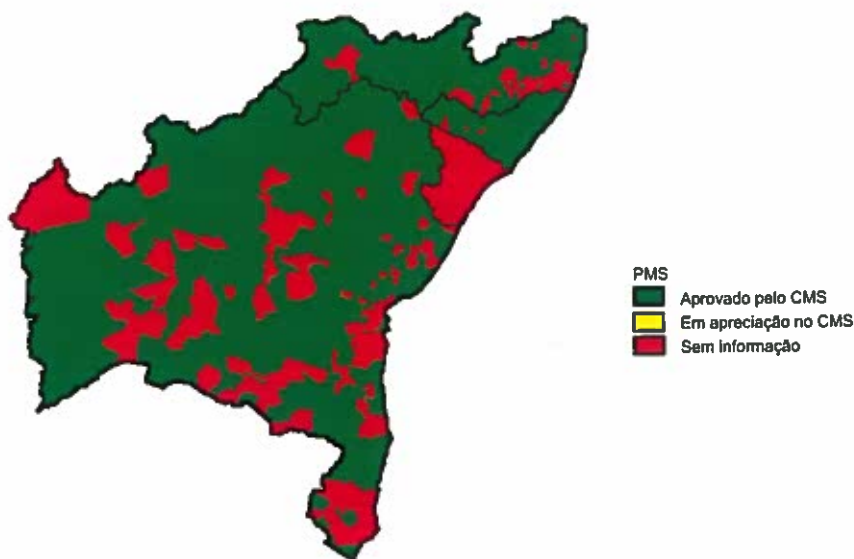


Tabela 3 – Situação dos planos municipais de saúde – Análise por estados

Estados	Planos de Saúde				
	Municipal				
	Nº de municípios	Aprovado	% aprovado	Em análise	Sem informação
Alagoas	102	99	97%	0	3
Bahia	417	310	74%	0	107
Pernambuco	185	148	80%	0	37
Sergipe	75	0	0%	0	75

Fonte: CIT, junho de 2012. Elaboração: DAI/SGEP/MS.

Figura 2 – Mapa da situação da aprovação dos Planos de Saúde dos municípios dos estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco e Sergipe



Fonte: CIT, abril de 2012. Elaboração: DAI/SGEP/MS.

## Relatório Anual de Gestão

O Relatório Anual de Gestão (RAG) é o instrumento da gestão do SUS, do âmbito do planejamento, regulamentado pela Lei nº 8.142/90, no item IV, do art. 4º, LC nº 141/2012, art. 31, II, sendo objeto de decretos e portarias do Ministério da Saúde e de instruções e acordos dos órgãos de controle.

Constitui a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da Saúde no município, estado, Distrito Federal e União, além de apresentar, os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Deve ser submetido à apreciação e à aprovação no conselho de saúde, de acordo com o art. 36, §3º, da LC nº 141/12.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 575, de 29 de março de 2012, os gestores devem utilizar o Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), disponível no endereço: [www.saude.gov.br/sargsus](http://www.saude.gov.br/sargsus), para a elaboração do Relatório Anual de Gestão, permitindo o acesso aos conselheiros de saúde, para que possam incluir o seu parecer no próprio sistema.

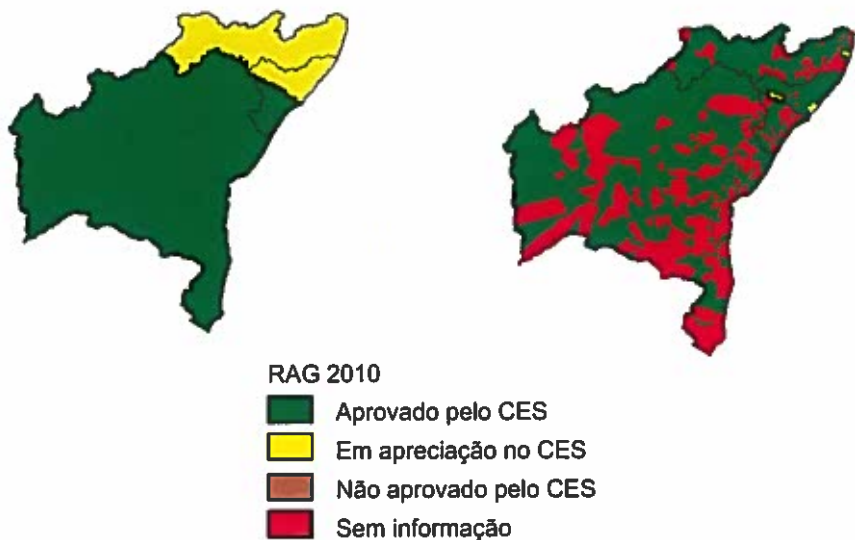
Segue a situação dos RAG estaduais e municipais de Alagoas, Bahia, Pernambuco e Sergipe, referentes ao ano de 2010:

Tabela 4 – Situação dos RAG estaduais e municipais de Alagoas, Bahia, Pernambuco e Sergipe, referentes ao ano de 2010

Estados	Estadual	Relatório Anual de Gestão				
		Municipal				
		Nº de municípios	Aprovado	% aprovado	Em análise	Sem informação
Alagoas	Em análise	102	95	93%	2	5
Bahia	Aprovado	417	248	59%	0	169
Pernambuco	Em análise	185*	133	72%	1	51
Sergipe	Aprovado	75	45	60%	0	30

\*O Distrito Estadual de Fernando de Noronha é considerado como município.  
Fonte: CIT, junho de 2012. Elaboração: DAI/SGEP/MS

Figura 3 – Mapas da situação da aprovação dos Relatórios Anuais de Gestão 2010 dos estados de Alagoas, Bahia, Pernambuco e Sergipe



Fonte: CIT, abril de 2012. Elaboração: DAI/SGEP/MS.

Para o ano de 2011, dados preliminares mostram a elaboração dos RAG 2011 pelo sistema SARGSUS, conforme estabelecido na Portaria MS/GM nº 575, de 29 de março de 2012. Segue situação relativa aos estados a seguir:

Tabela 5 – Situação de aprovação dos relatórios de gestão por estado

UF	Nº de municípios	Aprovado		Aprovado com ressalvas		Não aprovado		Solicitado ajuste		Em apreciação pelo Conselho de Saúde		Sem informação	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AL	102	24	23,53	2	1,96	0	0,00	1	0,98	21	20,59	54	52,94
BA	417	20	4,80	0	0,00	0	0,00	1	0,24	18	4,32	378	90,65
PE	185	53	28,80	1	0,54	0	0,00	4	2,17	17	9,24	109	59,24
SE	75	19	25,33	2	2,67	0	0,00	0	0,00	5	6,67	49	65,33

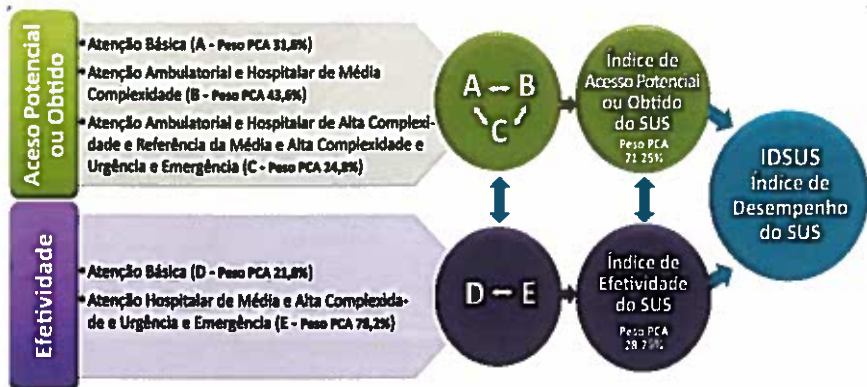
Fonte: SARGSUS, 2 de julho de 2012. Elaboração: DAI/SGEP/MS.

## Indicador de Desempenho do SUS

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) da Secretaria-Executiva, construiu e pactuou em reunião tripartite, o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), com o objetivo de avaliar o Sistema Único de Saúde que atende aos residentes nos municípios, regiões de saúde, estados, regiões geográficas, bem como em todo País, colocando-se como um importante subsídio para a formulação e execução de políticas públicas de saúde, tendo em vista que pode subsidiar gestores municipais, estaduais e federais a fortalecerem, em um compromisso compartilhado, seus sistemas e melhorarem a qualidade da Atenção à Saúde dos brasileiros.

O IDSUS é um indicador síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema de Único de Saúde (SUS) quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, da Atenção Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências.

Figura 4 – Composição do Índice de Desempenho do SUS



Fonte: CGMA/DEMÁS/SE/MS, 2011.

Para a estruturação do modelo do IDSUS, recorreu-se a diversas experiências brasileiras, a exemplo das propostas e experiências de monitoramento e avaliação do próprio Ministério da Saúde, entre as quais o *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)* e o *Pacto pela Saúde*; a experiência da *Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa)*, que congrega instituições responsáveis por informação em saúde no Brasil, com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas de saúde; as experiências de avaliação de alguns estados e municípios brasileiros, da *Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)* ao avaliar as operadoras de planos privados de saúde, além de estudos e experiências internacionais; e, principalmente, ao *Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS)*, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), coordenado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz), que foi utilizado como fundamento teórico para o desenvolvimento do modelo, considerando a sua abrangência e proposta de articulação pertinente de dimensões essenciais para avaliação dos sistemas de saúde e de suas

complexidades, cujo foco consiste na avaliação do acesso (potencial ou obtido) e da efetividade do SUS. Segue o modelo de avaliação do desempenho do SUS: *IDSUS*.

Quadro 3 – Modelo de avaliação do desempenho do SUS

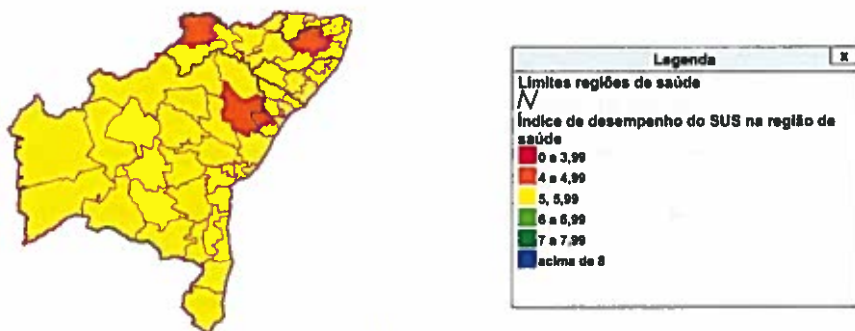
DIMENSÕES PARA CARACTERIZAR OS MUNICÍPIOS		RESULTADOS
Determinantes de Saúde	Indicadores	Municípios segundo extratos homogêneos
Condições de Saúde da População	Indicadores	
Estrutura do sistema de Saúde	Indicadores	
Porte Populacional		
DESEMPENHO DO SUS EM CADA MUNICÍPIO		
Indicadores de:	Nível de Atenção:	Por Área:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acesso Potencial Obtido</li> <li>• Cobertura</li> <li>Efetividade</li> <li>• Resultados esperados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenção básica ou primária</li> <li>• Atenção especializada realizada no município e na referência regional</li> <li>• Atenção ambulatorial geral e especializada</li> <li>• Atenção hospitalar geral e especializada</li> <li>• Urgência e Emergência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saúde do adulto</li> <li>• Saúde bucal</li> <li>• Saúde da criança</li> <li>• Saúde da mulher</li> </ul>
FORMA COMO OS RESULTADOS SERÃO MOSTRADOS:		
– Nota do desempenho geral do SUS no município, nas regiões de saúde, estados e união –		

Fonte: CGMA/DEMAS/SE/MS, 2011.

Para mais informações sobre a escolha dos indicadores e os resultados obtidos, acesse [www.saude.gov.br/idsus](http://www.saude.gov.br/idsus)

O mapa a seguir mostra a situação de saúde da população das regiões de saúde dos estados do Nordeste (AL, BA, PE e SE) a partir da aplicação do IDSUS:

Figura 5 – Índice de Desempenho do SUS – Mapa demonstrativo



Fonte: Ministério da Saúde/junho de 2012. <[www.saude.gov.br/idsus](http://www.saude.gov.br/idsus)>.

Considerando que o IDSUS do Brasil corresponde a 5,46, temos que nos Estados do Nordeste (AL, BA, PE e SE), a maioria das regiões de saúde está dentro da faixa de desempenho do sistema no País.

Destacam-se todas as regiões de saúde de Alagoas que apresentaram o índice de desempenho do SUS dentro da média nacional.





## **ANEXO A – CARTA DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À SOCIEDADE BRASILEIRA**

*Todos usam o SUS: SUS na Seguridade Social!*

*Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro*

*Acesso e Acolhimento com Qualidade: um desafio para o SUS*

*Nestes cinco dias da etapa nacional da 14ª Conferência Nacional de Saúde, reunimos 2.937 delegados e 491 convidados, representantes de 4.375 Conferências Municipais e de 27 Conferências Estaduais.*

*Somos aqueles que defendem o Sistema Único de Saúde como patrimônio do povo brasileiro.*

*Punhos cerrados e palmas! Cenhas franzidos e sorrisos.*

*Nossos mais fortes sentimentos se expressam em defesa do Sistema Único de Saúde.*

*Defendemos intransigentemente um SUS universal, integral, equânime, descentralizado e estruturado no controle social.*

*Os compromissos dessa Conferência foram traçados para garantir a qualidade de vida de todos e todas.*

A Saúde é constitucionalmente assegurada ao povo brasileiro como direito de todos e dever do Estado. A Saúde integra as políticas de Seguridade Social, conforme estabelecido na Constituição brasileira, e necessita ser fortalecida como política de proteção social no País.

Os princípios e as diretrizes do SUS – de descentralização, atenção integral e participação da comunidade – continuam a mobilizar cada ação de usuários, trabalhadores, gestores e prestadores do SUS.

Construímos o SUS tendo como orientação a universalidade, a integralidade, a igualdade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde.

O SUS, como previsto na Constituição e na legislação vigente, é um modelo de reforma democrática do Estado brasileiro. É necessário transformarmos o SUS previsto na Constituição em um SUS real.

São os princípios da solidariedade e do respeito aos direitos humanos fundamentais que garantirão esse percurso que já é nosso curso nos últimos 30 anos em que atores sociais militantes do SUS, como os usuários, os trabalhadores, os gestores e os prestadores, exercem papel fundamental na construção do SUS.

A ordenação das ações políticas e econômicas deve garantir os direitos sociais, a universalização das políticas sociais e o respeito às diversidades etnicorracial, geracional, de gênero e regional. Defendemos, assim, o desenvolvimento sustentável e um projeto de Nação baseado na soberania, no crescimento sustentado da economia e no fortalecimento da base produtiva e tecnológica para diminuir a dependência externa.

A valorização do trabalho, a redistribuição da renda e a consolidação da democracia caminham em consonância com este projeto de desenvolvimento, garantindo os direitos constitucionais à alimentação adequada, ao emprego, à moradia, à educação, ao acesso à terra, ao saneamento, ao esporte e lazer, à cultura, à segurança pública, à segurança alimentar e nutricional integradas às políticas de saúde.

Queremos implantar e ampliar as Políticas de Promoção da Equidade para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, crianças, idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, as populações do campo e da floresta,

ribeirinha, a população LGBT, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais.

As políticas de promoção da Saúde devem ser organizadas com base no território com participação intersetorial articulando a vigilância em saúde com a Atenção Básica e devem ser financiadas de forma tripartite pelas três esferas de governo para que sejam superadas as iniquidades e as especificidades regionais do País.

Defendemos que a Atenção Básica seja ordenadora da rede de saúde, caracterizando-se pela resolutividade e pelo acesso e acolhimento com qualidade em tempo adequado e com civilidade.

A importância da efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, além da garantia de atenção à mulher em situação de violência, contribuirão para a redução da mortalidade materna e neonatal, o combate ao câncer de colo uterino e de mama e uma vida com dignidade e saúde em todas as fases de vida.

A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra deve estar voltada para o entendimento de que o racismo é um dos determinantes das condições de saúde. Que as Políticas de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo e da Floresta e da População LGBT, recentemente pactuadas e formalizadas, se tornem instrumentos que contribuam para a garantia do direito, da promoção da igualdade e da qualidade de vida dessas populações, superando todas as formas de discriminação e exclusão da cidadania, e transformando o campo e a cidade em lugar de produção da Saúde. Para garantir o acesso às ações e serviços de saúde, com qualidade e respeito às populações indígenas, defendemos o fortalecimento do Subsistema de Atenção à

Saúde Indígena. A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se viabilizar por meio da integração entre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e as vigilâncias em saúde estaduais e municipais. Buscamos o desenvolvimento de um indicador universal de acidentes de trabalho que se incorpore aos sistemas de informação do SUS. Defendemos o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, alinhado aos preceitos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira e coerente com as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

Em relação ao financiamento do SUS é preciso aprovar a regulamentação da Emenda Constitucional n° 29. A União deve destinar 10% da sua receita corrente bruta para a Saúde, sem incidência da Desvinculação de Recursos da União (DRU), que permita ao governo federal a redistribuição de 20% de suas receitas para outras despesas. Defendemos a eliminação de todas as formas de subsídios públicos à comercialização de planos e seguros privados de saúde e de insumos, bem como o aprimoramento de mecanismos, normas e/ou portarias para o ressarcimento imediato ao SUS por serviços a usuários da Saúde Suplementar. Além disso, é necessário manter a redução da taxa de juros, criar novas fontes de recursos, aumentar o Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) para a Saúde, tributar as grandes riquezas, fortunas e latifúndios, tributar o tabaco e as bebidas alcoólicas, taxar a movimentação interbancária, instituir um percentual dos *royalties* do petróleo e da mineração para a Saúde e garantir um percentual do lucro das empresas automobilísticas.

Defendemos a gestão 100% SUS, sem privatização: sistema único e comando único, sem “dupla-porta”, contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros. Precisamos contribuir para a construção do marco

legal para as relações do estado com o terceiro setor. Defendemos a profissionalização das direções, assegurando autonomia administrativa aos hospitais vinculados ao SUS, contratualizando metas para as equipes e unidades de saúde. Defendemos a exclusão dos gastos com a folha de pessoal da Saúde e da Educação do limite estabelecido para as prefeituras, estados, Distrito Federal e União pela Lei de Responsabilidade Fiscal e lutamos pela aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária.

Para fortalecer a Política de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde é estratégico promover a valorização dos trabalhadores e trabalhadoras em saúde, investir na educação permanente e formação profissional de acordo com as necessidades de saúde da população, garantir salários dignos e carreira definida de acordo com as diretrizes da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, assim como, realizar concurso ou seleção pública com vínculos que respeitem a legislação trabalhista e assegurem condições adequadas de trabalho, implantando a Política de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS.

Visando fortalecer a política de democratização das relações de trabalho e fixação de profissionais, defendemos a implantação das mesas municipais e estaduais de negociação do SUS, assim como os protocolos da Mesa Nacional de Negociação Permanente em especial o de Diretrizes Nacionais da Carreira Multiprofissional da Saúde e o da Política de Desprecarização. O Plano de Cargos, Carreiras e Salários no âmbito municipal/regional deve ter como base as necessidades locais, com contrapartida dos estados e da União.

Defendemos a adoção da carga horária máxima de 30 horas semanais para a enfermagem e para todas as categorias profissionais que compõem o SUS, sem redução de salário, visando cuidados mais seguros e de qualidade aos usuários. Apoiamos ainda a regulamentação do piso

salarial dos agentes comunitários de saúde (ACS), agentes de controle de endemias (ACE), agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (Aisan) com financiamento tripartite.

Para ampliar a atuação dos profissionais de saúde no SUS, em especial na Atenção Básica, buscamos a valorização das residências médicas e multiprofissionais, assim como implementar o serviço civil para os profissionais da área da Saúde. A revisão e reestruturação curricular das profissões da área da Saúde devem estar articuladas com a regulação, a fiscalização da qualidade e a criação de novos cursos, de acordo com as necessidades sociais da população e do SUS no território.

O esforço de garantir e ampliar a participação da sociedade brasileira, sobretudo dos segmentos mais excluídos, foi determinante para dar maior legitimidade à 14ª Conferência Nacional de Saúde. Este esforço deve ser estendido de forma permanente, pois ainda há desigualdades de acesso e de participação de importantes segmentos populacionais no SUS.

Há ainda a incompreensão entre alguns gestores da participação da comunidade garantida na Constituição Cidadã e o papel deliberativo dos conselhos traduzidos na Lei nº 8.142/90. Superar esse impasse é uma tarefa, mais do que um desafio.

A garantia do direito à Saúde é, aqui, reafirmada com o compromisso pela implantação de todas as deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde que orientará nossas ações nos próximos quatro anos, reconhecendo a legitimidade daqueles que compõem os conselhos de saúde, fortalecendo o caráter deliberativo dos conselhos já conquistado em lei e que precisa ser assumido com precisão e compromisso na prática em todas as esferas de governo, pelos gestores e prestadores, pelos trabalhadores e pelos usuários.

Somos cidadãos e cidadãos que não deixam para o dia seguinte o que é necessário fazer no dia de hoje. *Somos fortes, somos SUS.*

Brasília/DF, 4 de dezembro de 2011.





## **ANEXO B – DIRETRIZES APROVADAS NA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

**Diretriz 1** – Em defesa do SUS – pelo direito à Saúde e à seguridade social

**Diretriz 2** – Gestão Participativa e controle social sobre o estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS

**Diretriz 3** – Vinte anos de subfinanciamento: lutar pelo recurso necessário para o SUS

**Diretriz 4** – O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não os são: garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção de redes integrais e regionais de saúde

**Diretriz 5** – Gestão pública para a Saúde pública

**Diretriz 6** – Por uma política nacional que valorize os trabalhadores de saúde

**Diretriz 7** – Em defesa da vida: assegurar acesso e atenção integral mediante expansão, qualificação e humanização da rede de serviços

**Diretriz 8** – Ampliar e fortalecer a rede de atenção básica (primária): todas as famílias, todas as pessoas, devem ter assegurado o direito a uma equipe de Saúde da Família

**Diretriz 9** – Por uma sociedade em defesa da vida e da sustentabilidade do planeta: ampliar e fortalecer políticas sociais, projetos intersetoriais e a consolidação da vigilância e da promoção à Saúde

**Diretriz 10** – Ampliar e qualificar a atenção especializada, de urgência e hospitalar integrada às redes de atenção integral

**Diretriz 11** – Por um sistema que respeite diferenças e necessidades específicas de regiões e populações vulneráveis

**Diretriz 12** – Construir política de informação e comunicação que assegure gestão participativa e eficaz ao SUS

**Diretriz 13** – Consolidar e ampliar as políticas e estratégias para saúde mental, deficiência e dependência química

**Diretriz 14** – Integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar Atenção e Vigilância à Saúde do Trabalhador

**Diretriz 15** – Ressarcimento ao SUS pelo atendimento a clientes de planos de saúde privados, tendo o cartão SUS como estratégia para sua efetivação, e proibir o uso exclusivo de leitos públicos por esses (as) usuários (as)

## **EQUIPE TÉCNICA**

### **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

### **Departamento de Apoio à Gestão Participativa**

Júlia Maria Santos Roland

**Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social**

Kátia Maria Barreto Souto

**Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social**

Reginaldo Alves das Chagas

### **Departamento de Articulação Interfederativa**

André Luis Bonifácio de Carvalho

**Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa**  
Isabel Senra

**Coordenação-Geral de Contratualização Interfederativa**  
Fábio Landim Campos

**Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa**  
Adriana Nunes

**Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite**  
Kátia Cristina de Oliveira

### **Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS**

Luis Carlos Bolzan

**Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Ouvidorias**  
Maria Francisca Abritta Moro

**Coordenação-Geral de Pesquisa e Processamento de Demandas**

Kelly Gonçalves Meire Arruda

**Departamento Nacional de Auditoria do SUS**

Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior

**Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação  
Técnica**

Adelina Maria Melo Feijão

**Coordenação-Geral de Auditoria**

Amélia de Andrade

**Departamento de Informática do SUS**

Augusto César Gadelha Vieira

**Coordenação-Geral de Disseminação de Informações em Saúde**

Haroldo Lopes dos Santos

**Coordenação-Geral de Análise e Manutenção**

Maurício Buccioli Guernelli

**Coordenação-Geral de Gestão de Projetos**

Moacyr Esteves Perche

**Coordenação-Geral de Infraestrutura**

Eduardo Viola



ISBN 978-85-334-1937-7



Biblioteca MS



10001031633

DISQUE SAÚDE



Quarteto Geral do SUS  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)



Ministério da  
Saúde

