

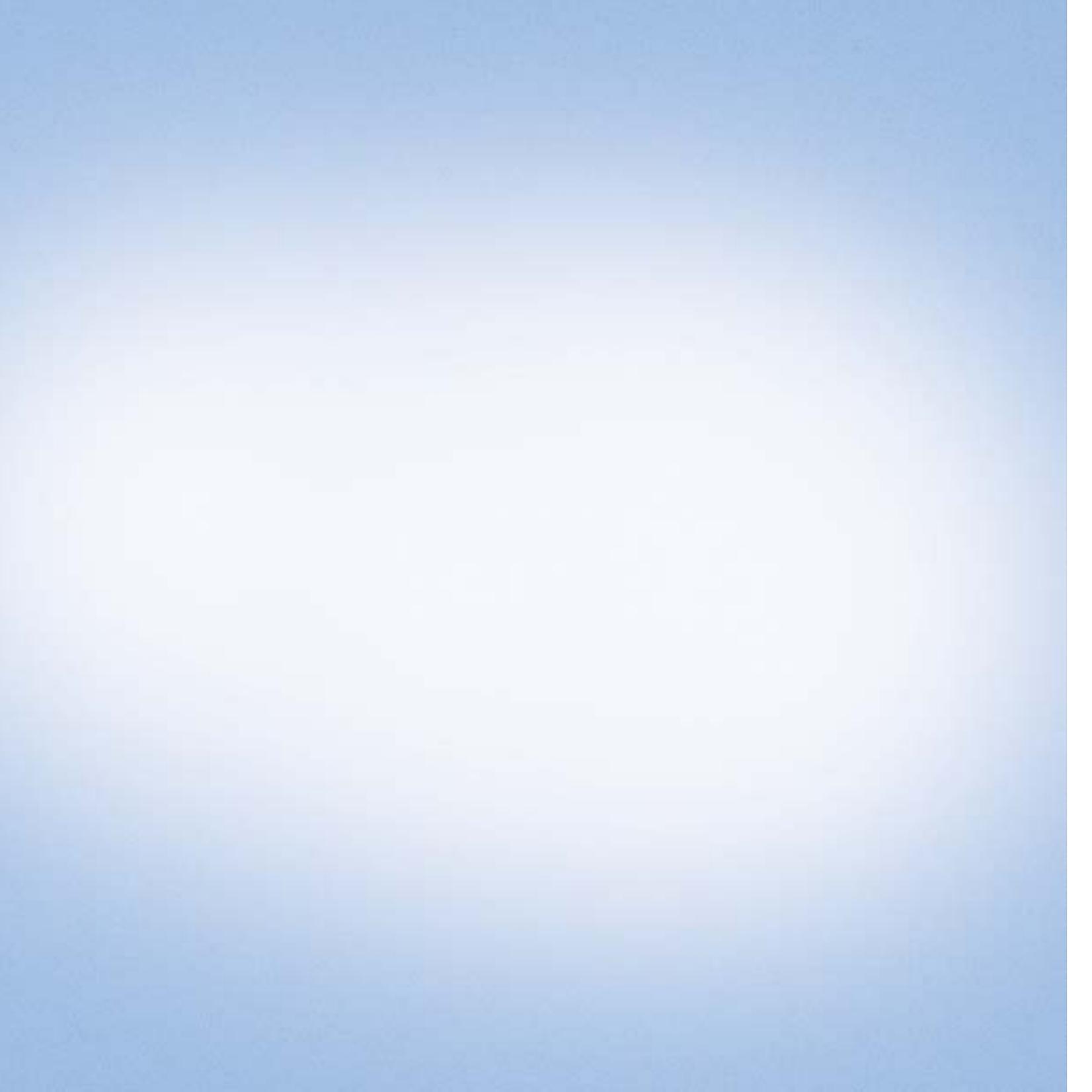


O SUS no seu município

Garantindo saúde para todos

2ª edição
Brasília-DF
2009





MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização

O SUS no seu município

Garantindo saúde para todos

Série B. Textos Básico de Saúde

2ª edição

Brasília-DF
2009

© 2004 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>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 2ª edição – 2009 – 3.000 exemplares, sendo que 1.400 exemplares foram impressos sem ficha catalográfica e ISBN para distribuição em evento

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Departamento de Apoio à Descentralização

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício-Sede, 3º andar, sala 350

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-2649

Fax: 3226-9737

E-mail: dad@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/dad>

Agradecimentos:

A todas as Secretarias e Órgãos do Ministério da Saúde envolvidos com a construção dessa publicação, bem como ao grupo articulador que trabalhou para que essa obra fosse constituída desde a sua primeira edição.

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774/2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe Editorial:

Normalização: Solange Jacinto

Revisão: Khamila Christine Pereira Silva e Mara Soares Pamplona

Editoração: Marcelo S. Rodrigues

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização.

O SUS no seu município : garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização.

– 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

46 p. : il. color. – (Série B. Textos Básico de Saúde)

ISBN 978-85-334-1580-5

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Planejamento em saúde. 3. Promoção da saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0400

Títulos para indexação:

Em inglês: The SUS in your county, assuring health to everybody

Em espanhol: El SUS en el suyo ayuntamiento, garantizando salud para todos

O SUS no seu município

Garantindo saúde para todos

Sumário

| | |
|---|----|
| Apresentação | 4 |
| <i>SUS, uma rede de saúde e cidadania</i> | |
| O que é o SUS | 7 |
| <i>O conceito de saúde</i> | 8 |
| Um direito assegurado pela Constituição | 8 |
| O SUS promove, protege e recupera a saúde pública | 9 |
| Intersetorialidade: a saúde resulta de vários fatores | 9 |
| <i>Princípios do SUS</i> | 9 |
| <i>Principais leis</i> | 10 |
| Constituição Federal de 1988 | 10 |
| Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/1990 | 11 |
| Lei nº 8.142/1990 | 11 |
| <i>Responsabilização sanitária</i> | 12 |
| Pacto pela Saúde | 13 |
| Participação e controle social | 15 |
| <i>Construindo consensos</i> | 16 |
| Gestão estratégica e participativa | 17 |
| Gestão da saúde | 19 |
| <i>Instâncias de pactuação</i> | 20 |
| Comissão Intergestores Tripartite (CIT) | 20 |
| Comissões Intergestores Bipartites (CIB) | 20 |
| Espaços regionais | 21 |
| <i>Descentralização</i> | 21 |
| Municipalização exige novas competências locais | 21 |
| Regionalização: consensos e estratégias | 21 |
| <i>O financiamento da saúde pública</i> | 22 |
| A EC nº 29/2000 deu previsibilidade aos recursos | 22 |
| Como funcionam os Fundos de Saúde? | 23 |
| Transferências de recursos nas modalidades Fundo a Fundo e Convênio | 23 |
| Monitoramento dos recursos e das ações | 25 |
| Planejamento e informação | 27 |
| <i>Planejamento sob uma nova perspectiva</i> | 28 |
| <i>Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde</i> | 29 |
| Atenção à saúde | 31 |
| <i>Níveis de atenção à saúde</i> | 32 |
| O que é Atenção Básica em saúde? | 32 |
| Por que a Atenção Básica é prioridade? | 32 |
| Saúde da Família como estratégia para organização da Atenção Básica | 33 |
| <i>Financiamento das ações da Atenção Básica</i> | 34 |
| Garantia de acesso à saúde: responsabilidade do gestor | 34 |
| <i>Vigilância em saúde</i> | 35 |
| Vigilância expande seus objetivos | 35 |
| Competências municipais na vigilância em saúde | 36 |
| <i>Assistência Farmacêutica – Acesso aos medicamentos</i> | 37 |
| Assistência Farmacêutica Básica | 37 |
| Medicamentos dos Programas Estratégicos | 38 |
| Medicamentos de Dispensação Excepcional | 39 |
| Programa Farmácia Popular do Brasil | 40 |
| Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos | 40 |
| Desafios da gestão em saúde | 41 |
| <i>Desafios públicos, responsabilidades compartilhadas</i> | 42 |
| <i>Criatividade na condução técnica e administrativa</i> | 43 |
| Referências | 44 |
| Contatos | 45 |

SUS, uma rede de saúde e cidadania

"A cidade é o único lugar em que se pode contemplar o mundo com a esperança de produzir um futuro."

Milton Santos

Há duas décadas, com a publicação da Constituição de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde. Entre os seus princípios, vale ressaltar a descentralização das ações de saúde e o seu caráter participativo. Tal qualidade é uma conquista da rede pública de saúde porque formaliza o reconhecimento de que o município é o principal responsável pela saúde da população.

Em um país de dimensões continentais como o Brasil, onde especificidades regionais coexistem, a parceria com estados e municípios foi fundamental para alcançar resultados positivos. A adesão dos prefeitos possibilitou levar o Samu para 101 milhões de brasileiros. Em outro contexto, deixou-se de extrair dois milhões de dentes por meio de uma política de saúde bucal, que também conta com a ação efetiva dos municípios. Sem essa participação, seria impossível também levar saúde à casa das pessoas pela estratégia Saúde da Família, que já atende mais de 90 milhões de brasileiros. São exemplos da descentralização do SUS e da parceria entre os entes federados.

O Ministério da Saúde acredita que o prefeito consciente é o principal ator político do desafio de levar saúde de qualidade à população. Somente com gestores municipais comprometidos será possível fortalecer a estratégia para provocar uma profunda mudança na atenção à saúde, mais preocupada com a prevenção e promoção da saúde e menos centrada nos serviços dos hospitais.

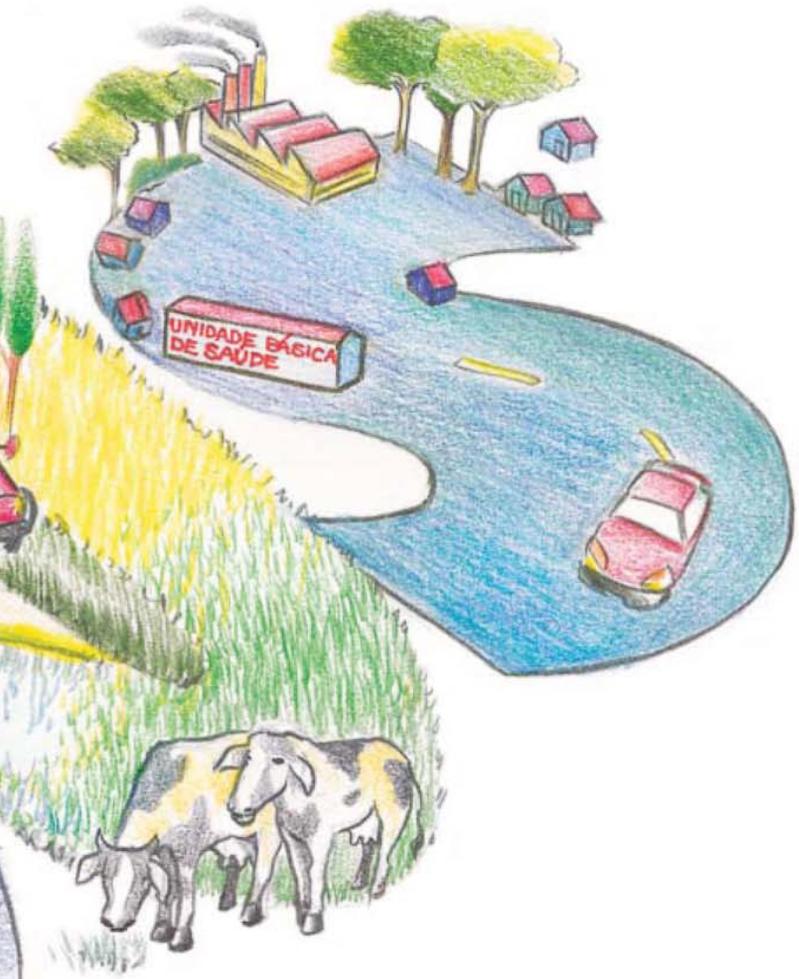
Uma parceria sólida com os municípios é capaz de conscientizar os cidadãos de que investir em promoção da saúde é melhor do que alimentar o círculo vicioso de agravamento de doenças, que geram gastos cada vez mais elevados, com a consequente redução da qualidade de vida.

O *SUS no seu município – garantindo saúde para todos* é um convite a cada município para que veja no Ministério da Saúde um parceiro permanente. A despeito de todas as dificuldades para financiar o sistema, os municípios contam com a transferência de recursos pela União e com a cooperação técnica do Ministério para levar a eles as políticas públicas de saúde. Esta publicação contribui para que os gestores locais conheçam plenamente o funcionamento do Sistema Único de Saúde, dando condições para participar proativamente desta que é a maior política social em curso no País.

Se a Carta de 1988 assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado, por meio desta publicação, o Ministério da Saúde convoca municípios a trabalhar de forma objetiva e integrada pela execução desse compromisso.

Ministério da Saúde





O QUE É O SUS

Um sistema nacional integrado

A Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a) determina, em seu artigo 9º, que a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e dos serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência (INSS) e a assistência social.

O SUS é responsabilidade das três esferas de governo

A Constituição brasileira estabelece que a saúde é um dever do Estado. Aqui, deve-se entender Estado não apenas como o governo federal, mas como Poder Público, abrangendo a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. A implementação e a gestão do SUS são, portanto, também obrigações das municipalidades, que devem trabalhar integradas às demais esferas de governo, na construção de políticas setoriais e intersetoriais que garantam à população acesso universal e igualitário à saúde.

O conceito de saúde

Um direito assegurado pela Constituição

A saúde é, acima de tudo, um direito universal e fundamental do ser humano, firmado na Declaração Universal dos Direitos Humanos e assegurado pela Constituição Federal de 1988. A efetivação da saúde como direito universal – ou seja, de todos – é um desafio que só pode ser alcançado por meio de políticas sociais e econômicas que reduzam as desigualdades sociais e regionais em nosso País, assegurando a cidadania e o fortalecimento da democracia.

O SUS promove, protege e recupera a saúde pública

Ao SUS cabe a tarefa de promover, proteger e recuperar a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa.

Intersetorialidade: a saúde resulta de vários fatores

A atual legislação brasileira ampliou a definição de saúde, considerando-a resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, cultura, violência, acesso a bens e serviços essenciais.

Por isso mesmo, as gestões municipais do SUS – em articulação com as demais esferas de governo – devem desenvolver ações conjuntas com outros setores governamentais, como meio ambiente, educação, urbanismo etc., que possam contribuir, direta ou indiretamente, para a promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população.



Princípios do SUS

São conceitos que orientam o SUS, previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e no artigo 7º do Capítulo II da Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, [200-?], 1990a).

Os principais são:

Universalidade – significa que o SUS deve atender todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo;

Integralidade – o SUS deve oferecer a atenção necessária à saúde da população, promovendo ações contínuas de prevenção e tratamento aos indivíduos e às comunidades, em quaisquer níveis de complexidade;

“Democracia com fome, sem educação e saúde para a maioria é uma concha vazia.”
Milton Santos

Equidade – o SUS deve disponibilizar recursos e serviços com justiça, de acordo com as necessidades de cada um, canalizando maior atenção aos que mais necessitam;

Participação social – é um direito e um dever da sociedade participar das gestões públicas em geral e da saúde pública em particular; é dever do Poder Público garantir as condições para essa participação, assegurando a gestão comunitária do SUS; e

Descentralização – é o processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS, definidor de atribuições comuns e competências específicas à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios.

Principais leis

Constituição Federal de 1988

Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, [200-?]).

Determina ao Poder Público sua “regulamentação, fiscalização e controle”, que as ações e os serviços da saúde “integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (BRASIL, [200-?]); define suas diretrizes, atribuições, fontes de financiamento e, ainda, como deve se dar a participação da iniciativa privada.

Os textos da saúde encontram-se no Título VIII, “Da Ordem Social”, Capítulo II, “Da Seguridade Social”, Seção II, “Da Saúde”, artigos 196 a 200.

Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/1990

Regulamenta, em todo o território nacional, as ações do SUS, estabelece as diretrizes para seu gerenciamento e descentralização e detalha as competências de cada esfera governamental.

Enfatiza a descentralização político-administrativa, por meio da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de poder, competências e recursos, em direção aos municípios.

Determina como competência do SUS a definição de critérios, valores e qualidade dos serviços. Trata da gestão financeira, define o Plano Municipal de Saúde como base das atividades e da programação de cada nível de direção do SUS e garante a gratuidade das ações e dos serviços nos atendimentos públicos e privados contratados e conveniados ao SUS.

Lei nº 8.142/1990

Dispõe sobre o papel e a participação da comunidade na gestão do SUS, sobre as transferências de recursos financeiros entre União, estados, Distrito Federal e municípios na área da saúde e dá outras providências. Institui as instâncias colegiadas e os instrumentos de participação social em cada esfera de governo.

O recebimento de recursos financeiros pelos municípios está condicionado à existência de Conselho Municipal de Saúde, em funcionamento de acordo com a lei.

Responsabilização sanitária

Desenvolver responsabilização sanitária é estabelecer claramente as atribuições de cada uma das esferas de gestão da saúde pública, assim como dos serviços e

Pactuar é se dispor à negociação e ao acordo com as demais partes envolvidas em um mesmo processo. No âmbito do SUS, a pactuação entre os diversos sujeitos sociais envolve todas as etapas do processo de gestão e monitoramento das ações e dos serviços, sempre com o objetivo de oferecer o melhor atendimento aos usuários.

das equipes que compõem o SUS, possibilitando melhor planejamento, acompanhamento e complementaridade das ações e dos serviços. Os gestores municipais, ao assumirem suas responsabilidades, devem estimular a responsabilização junto aos gerentes e equipes, no âmbito municipal, e participar do processo de pactuação, no âmbito regional.

O gestor municipal, para assegurar o direito à saúde de seus munícipes, deve assumir a responsabilidade pelos resultados, buscando reduzir os riscos, a mortalidade e as doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil, da hanseníase e da tuberculose. Para isso, tem de se responsabilizar pela oferta de ações e serviços que promovam e protejam a saúde das pessoas, previnam as doenças e os agravos e recuperem os doentes. A Atenção Básica à Saúde, por reunir esses três componentes, coloca-se como responsabilidade primeira e intransferível a todos os gestores. O cumprimento dessas responsabilidades exige que assumam as atribuições de gestão, incluindo:

- Execução dos serviços públicos de responsabilidade municipal;
- Destinação de recursos do orçamento municipal e utilização do conjunto de recursos da saúde, com base em prioridades definidas no Plano Municipal de Saúde;
- Planejamento, organização, coordenação, regulação, controle, avaliação e auditoria das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal; e
- Participação no processo de integração ao SUS, em âmbito regional e estadual, para assegurar a seus cidadãos o acesso a serviços de maior complexidade, não disponíveis no município.

É importante que o gestor municipal promova a integração dos serviços de saúde existentes no município, para tanto, é importante que cada serviço de saúde conheça o território sob sua responsabilidade e os compromissos assumidos com a gestão do SUS. Para isso, as unidades da rede básica devem estabelecer uma relação de compromisso com a população a ela adscrita e cada equipe de referência deve ter sólidos vínculos terapêuticos com os pacientes e seus familiares, proporcionando-lhes abordagem integral e mobilização dos recursos e apoios necessários à recuperação de cada indivíduo. Sempre que necessário, deve-se assegurar a referência da rede básica de saúde para as unidades da rede especializada, buscando garantir a integralidade da atenção.

Pacto pela Saúde

O Pacto pela Saúde configura-se em um conjunto de mudanças articuladas em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, que contemplam diretrizes pactuadas pela União, Distrito Federal, estados e municípios, sendo regulamentados pelas Portarias GM/MS nº 399, de 22/2/06 e nº 699, de 30/3/06.

Pacto pela Vida – compromisso dos gestores em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Estabelece uma agenda de compromissos sanitários, objetivos, indicadores e metas a serem pactuados pela União, estados, Distrito Federal e municípios, respeitando suas especificidades sanitárias. Os gestores devem definir as ações necessárias para a implementação dessas prioridades e o alcance das metas propostas.

Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008.

I – Atenção à saúde do idoso;

II – Controle do câncer de colo de útero e de mama;

III – Redução da mortalidade infantil e materna;

IV – Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, *influenza*, hepatite, aids;

Por intermédio desses pactos, busca-se implementar o SUS a partir do compromisso e corresponsabilização dos entes federados no desenvolvimento de ações e serviços de saúde que contribuam para a ampliação da capacidade e qualidade de resposta do sistema às demandas de saúde da população, fortalecendo a relação intergestores, o processo de pactuação, o apoio e a cooperação entre os entes.

- V – Promoção da saúde;
- VI – Fortalecimento da atenção básica;
- VII – Saúde do trabalhador;
- VIII – Saúde mental;
- IX – Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;
- X – Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e
- XI – Saúde do homem.

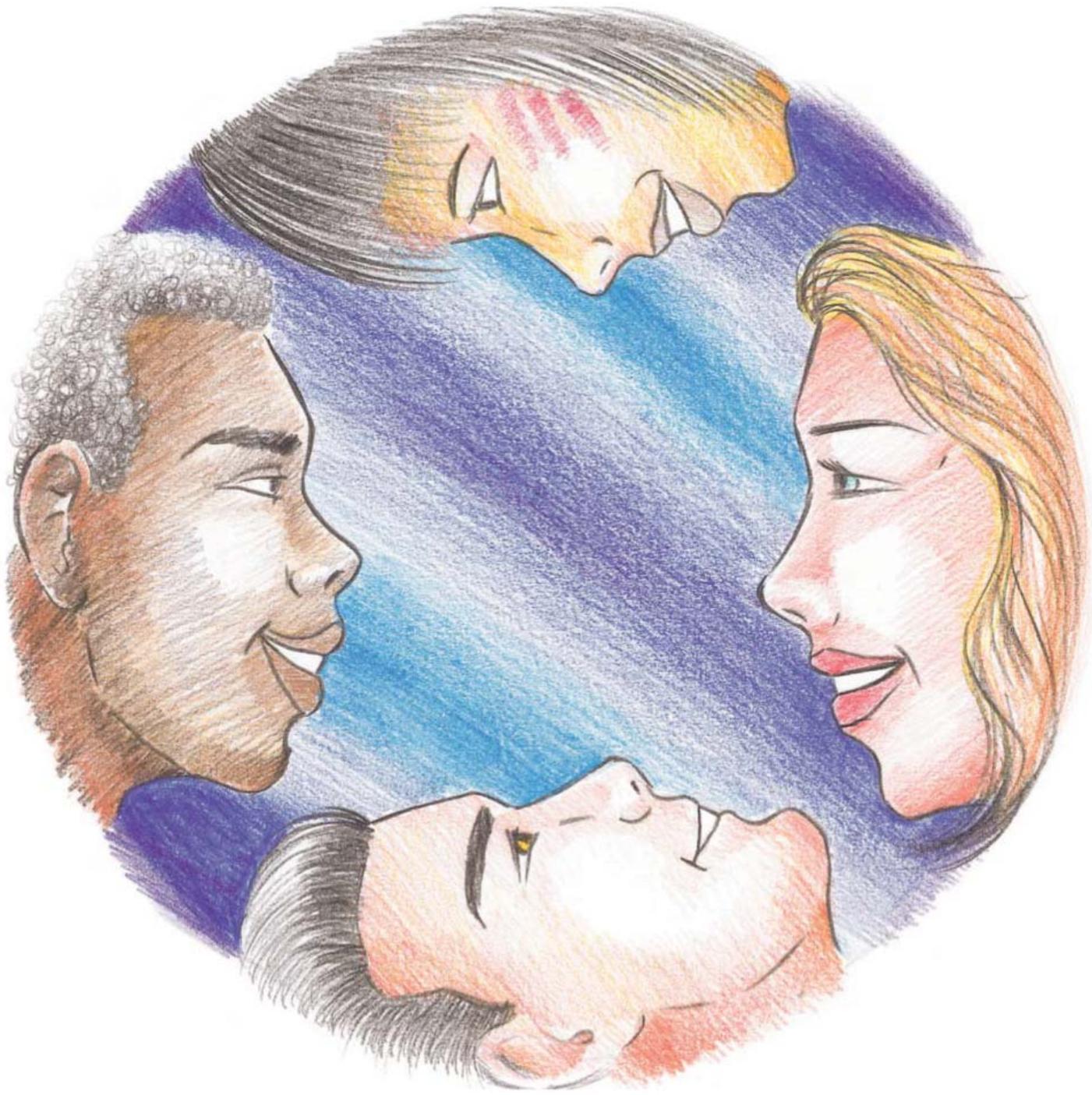
Pacto em Defesa do SUS – expressa compromissos entre os gestores com a consolidação da Reforma Sanitária e articula ações que visam qualificar e assegurar o SUS como política pública, tendo como prioridades a mobilização social, direitos dos usuários do SUS e ampliação do diálogo com a sociedade.

Pacto de Gestão – estabelece responsabilidades sanitárias e diretrizes

O Termo de Compromisso de Gestão funciona como um instrumento de explicitação de adesão ao Pacto estabelecido entre os gestores constando todas as responsabilidades nas ações e serviços de saúde e deve guardar coerência com o Plano Municipal de Saúde e a Programação Anual de Saúde.

para a gestão do SUS expressas em Termos de Compromisso de Gestão (TCG), tendo como prioridades: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação, regulação, participação e controle social, gestão do trabalho e educação na saúde.

A consolidação do Pacto pela Saúde resulta do esforço do município, estado, Distrito Federal e União no cumprimento das responsabilidades, atribuições, objetivos e metas constantes dos Pactos pela Vida e de Gestão. O monitoramento e a avaliação do Pacto devem ser práticas permanentes da gestão, utilizando os indicadores pactuados e que integram os Termos de Compromisso de Gestão (TCG).



PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

Organização e participação da sociedade civil

Determinada pela Constituição e pela Lei Complementar nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), a participação da comunidade de forma institucional é um grande avanço conquistado com o SUS, tornando efetiva a participação de gestores, trabalhadores e usuários na fiscalização e formulação da política pública da saúde.

A participação popular confere à gestão do SUS transparência, comprometimento com as demandas sociais e ampliação das perspectivas das ações e serviços de saúde, na busca pelo enfrentamento de iniquidades, reconhecendo a saúde como fruto do conjunto de determinantes sociais, nos quais a vida da comunidade transcorre. Ela está diretamente relacionada ao grau de democratização das políticas públicas, da consciência política e cidadã e da busca por uma gestão estratégica e participativa na política pública de saúde.

O que é participação social na saúde?

Sujeitos ou atores sociais são os indivíduos (usuários, trabalhadores do SUS, gestores) ou coletivos (instituições, órgãos, comunidades, equipes de trabalho, etc.) que participam, de forma organizada, dos processos de gestão, interferindo técnica, política ou eticamente no planejamento e monitoramento da saúde pública.

É uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS, como participantes ativos em debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela saúde pública brasileira, o que lhes confere legitimidade e transparência. O SUS deve reconhecer os conselhos de saúde e as conferências de saúde como espaços privilegiados de construção de diretrizes e caminhos para a efetivação do direito à saúde.

Construindo consensos

Para se construir consensos, é preciso saber escutar o outro como legítimo e ter consciência sobre o significado do bem público, do papel do Estado e da ampla representação do conjunto da sociedade. Por isso mesmo, é importante que haja autonomia nos processos de escolha das representações municipais, como forma de se combater a formação de grupos fechados ao debate, no qual assegure a expressão e a valorização dos diversos saberes.

Gestão estratégica e participativa

A participação da comunidade no SUS acontece, nos municípios, por meio de canais institucionalizados – ou seja, previstos por leis ou normas do SUS –, como as Conferências Municipais de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde, os Conselhos Gestores de Serviços ou, ainda, por meio de espaços comunitários como a escola, associação de moradores e no interior dos movimentos sociais e populares que compõem a comunidade. Outras formas de exercício do controle social internos ao SUS são as mesas de negociação trabalhista, a direção colegiada, a institucionalização de ouvidorias, auditorias e do monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

As Conferências de Saúde vão se reunir pelo menos a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais de forma paritária e têm o papel de avaliar as ações e serviços e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde no município.

Os Conselhos de Saúde são espaços permanentes que têm a atribuição de propor, aprovar ou reprovar as diretrizes para a gestão municipal da saúde, além de fiscalizar se o gestor e os prestadores de serviços estão fazendo sua parte para garantir a atenção à saúde e contribuir com a promoção da intersetorialidade entre as diversas políticas sociais como educação, segurança pública, limpeza urbana, entre outras.

A Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b) estabelece a paridade dos Conselhos de Saúde, que têm por objetivo garantir a representatividade de todos os setores envolvidos na saúde (gestor, prestador, profissional e usuário). Ao mesmo tempo, a Lei estabelece que os usuários tenham 50% dos representantes.

Um dos mecanismos de controle no SUS é a auditoria, que elabora relatórios sobre o sistema de saúde local. A auditoria pode ser acionada pelo cidadão comum a partir de denúncia, Ministério Público, Tribunal de Contas, Conselho de Saúde e Ministério da Saúde, contribuindo para garantia do acesso e atenção à saúde aos usuários e em defesa da vida pautada na visão do coletivo.

O monitoramento e avaliação de Planos de Saúde, do Relatório de Gestão e do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde contribuem decisivamente para a qualificação da gestão do SUS, por promover a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS, integrado de forma permanente e contínua ao próprio processo de governar, fundamentando a tomada cotidiana de decisões estratégicas.

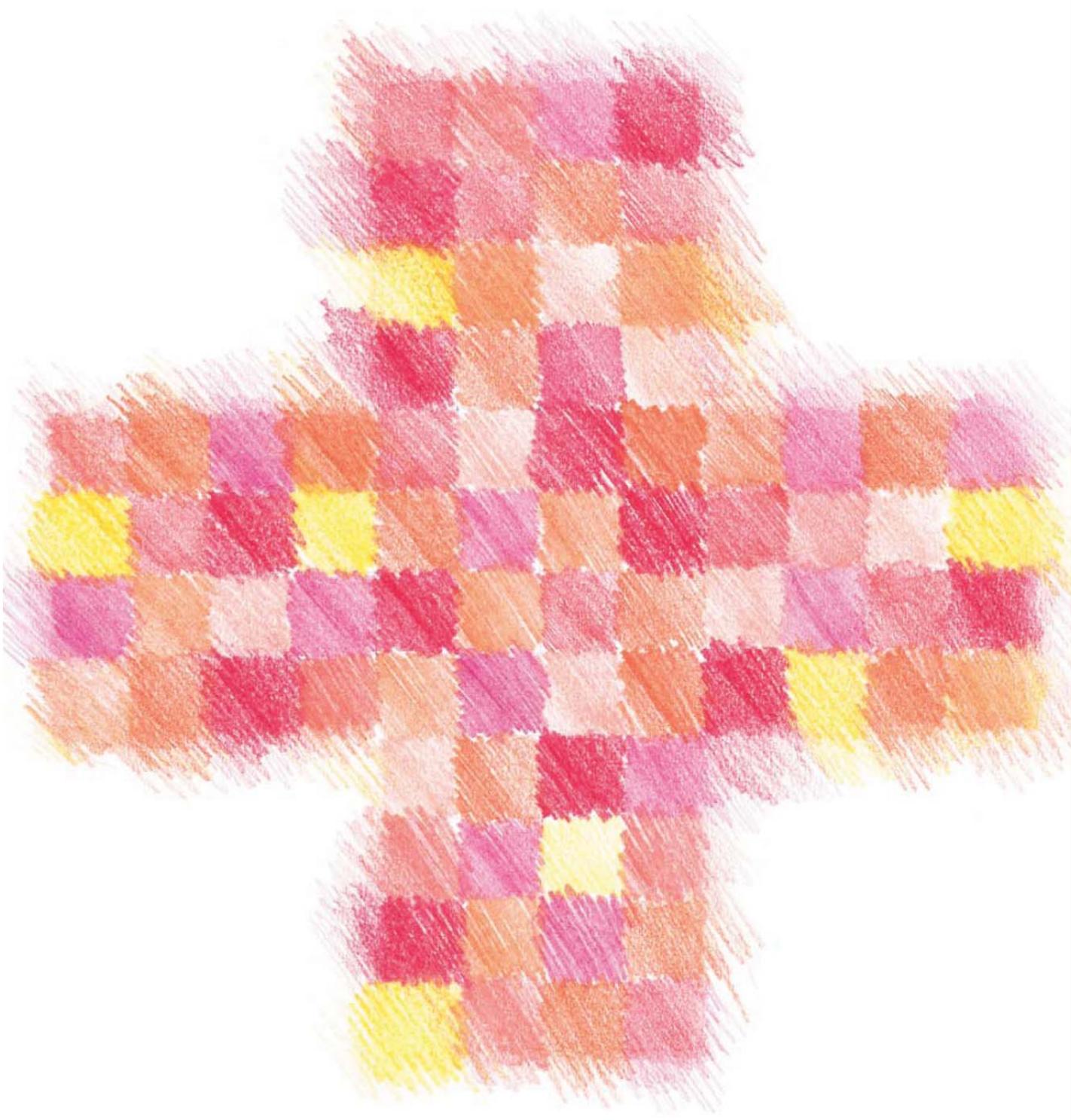
Três instrumentos são fundamentais para a participação e o controle social:

- *Plano de Saúde;*
- *Relatório de Gestão;*
- *Termo de Compromisso de Gestão (TCG).*

As ouvidorias municipais do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam a tomada de decisão.

A informação sobre saúde é um direito da população e uma ferramenta decisiva para a democratização da gestão da saúde.

“Somos o que fazemos, mas somos, principalmente, o que fazemos para mudar o que somos.”
Eduardo Galeano



GESTÃO DA SAÚDE

Instâncias de pactuação

São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Atua na direção nacional do SUS, formada por composição paritária de 18 membros, sendo seis indicados pelo Ministério da Saúde, seis pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e seis pelo Conselho

Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A representação de Estados e municípios nessa Comissão proporciona a representação de cada uma das cinco regiões no País.

A CIT foi criada pela Portaria Ministerial nº 1.180/1991 e desde 1995 reúne-se mensalmente.

Comissões Intergestores Bipartites (CIB)

São constituídas paritariamente por representantes do governo estadual, indicados pelo secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de Saúde, indicados pelo órgão de representação do conjunto dos

municípios do Estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems).

Os secretários municipais de Saúde costumam debater entre si os temas estratégicos antes de apresentarem

suas posições na CIB. Os Cosems são também instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesse espaço.

As CIBs foram criadas pela Norma Operacional Básica nº 1/1993 e instaladas em todos os Estados do País.

Espaços regionais

Com a edição do Pacto pela Saúde, foram instituídos espaços regionais de pactuação, envolvendo os gestores municipais e estaduais, denominados Colegiados de Gestão Regional (CGR). O Colegiado de Gestão Regional é constituído em cada região de saúde do estado e é integrado por todos os gestores municipais de Saúde e representantes do gestor estadual. É um espaço importante para articulação regional e construção de consensos.

Descentralização

Municipalização exige novas competências locais

O princípio de descentralização que norteia o SUS ocorre, especialmente, pela transferência de responsabilidades e recursos para a esfera municipal, estimulando novas competências e capacidades político-institucionais dos gestores locais, além de meios adequados à gestão de redes assistenciais de caráter regional e macrorregional, permitindo o acesso, a integralidade da atenção e a racionalização de recursos. Os estados e a União devem contribuir para a descentralização do SUS, fornecendo cooperação técnica e financeira para o processo de municipalização.

Regionalização: consensos e estratégias

As ações e os serviços de saúde não são estruturados apenas na escala dos municípios. Existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que se tornam referência e garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização.

“A exclusão social é uma indicação clara de que a sociedade está errada. Tem de inventar novas formas de inserção social, sair da prisão de que tudo tem que ser rentável pelos critérios do mercado. Passar, por exemplo, por organização comunitária.”

Celso Furtado

O financiamento da saúde pública

A EC nº 29/2000 deu previsibilidade aos recursos

A Emenda Constitucional nº 29/2000 (BRASIL, 2000a) estabeleceu uma participação orçamentária mínima obrigatória para União, estados, Distrito Federal e municípios, para financiamento da saúde pública. O percentual fixado para

O gasto municipal com saúde é obrigatório e, para decidir sobre sua gestão, o melhor caminho é o entendimento com o Conselho Municipal de Saúde e com os demais gestores.

os municípios é, a partir de 2004, de no mínimo 15% sobre o produto da arrecadação dos impostos municipais (art. 156 da Constituição Federal) e dos recursos transferidos por meio do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e da parcela do Imposto sobre Produtos

Industrializados (IPI) repassada pela União aos estados (arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º). Municípios que aplicarem recursos abaixo desse mínimo podem sofrer sanções, como ajustes compensatórios progressivos (ao longo de cinco anos), suspensão de repasses federais e intervenção do Estado; além disso, as autoridades municipais responsáveis podem ser alvo de processos que as tornam inelegíveis. A Emenda Constitucional nº 29/2000 ampliou os recursos para a saúde pública e lhes deu previsibilidade, permitindo o planejamento, antes impossível devido às variações bruscas nos orçamentos, de um ano para outro. Tramita atualmente no Congresso Nacional um projeto de lei que regulamenta esta Emenda.

“Na realidade, cada ato nosso é presente e agimos em função do futuro. A ação é presente, mas a aspiração dela é o futuro.”

Milton Santos

Como funcionam os Fundos de Saúde?

A gestão dos recursos financeiros da saúde pública se dá, por determinação legal, por meio dos Fundos de Saúde, que existem nas três esferas de poder e se colocam, ao lado dos Conselhos, Planos de Saúde e Relatórios de Gestão, como instrumentos fundamentais do SUS.

Todos os recursos municipais, estaduais ou federais alocados na saúde no município devem ser administrados pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS).

Cabe ao Conselho Municipal de Saúde acompanhar e fiscalizar a gestão local do FMS.

Transferências de recursos nas modalidades Fundo a Fundo e Convênio

O Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, transfere recursos do SUS para financiamento das ações e serviços de saúde de acordo com as modalidades:

Transferências Fundo a Fundo - transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social de forma regular e automática diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, Distrito Federal e Municípios em conformidade com a NOB 01, NOAS 01/2002 e adequações contidas no Pacto de Gestão/2006 (Portaria GM/MS nº 699/2006 e 399/2006), destinados ao financiamento dos programas do SUS. Para receber uma transferência Fundo a Fundo, o município deve fazer um Pacto de Gestão com seu Estado, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e homologar esse pacto junto a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os repasses são organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento que deverão ter conta única e específica. São também, constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

Convênio – transferência de recursos financeiros de dotações consignadas nos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social visando à execução de programa de governo, em regime de mútua cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e os estados, Distrito Federal, municípios, instituições públicas e privadas sem fins

lucrativos. A celebração de convênio deverá ser compatível com as diretrizes, prioridades e ações do Ministério da Saúde estabelecidas no documento Mais Saúde: Direito de Todos. São firmadas a partir da apresentação de propostas provenientes de recursos de Programas do MS ou oriundos de Emenda Parlamentar prevista na Lei Orçamentária Anual (LOA).

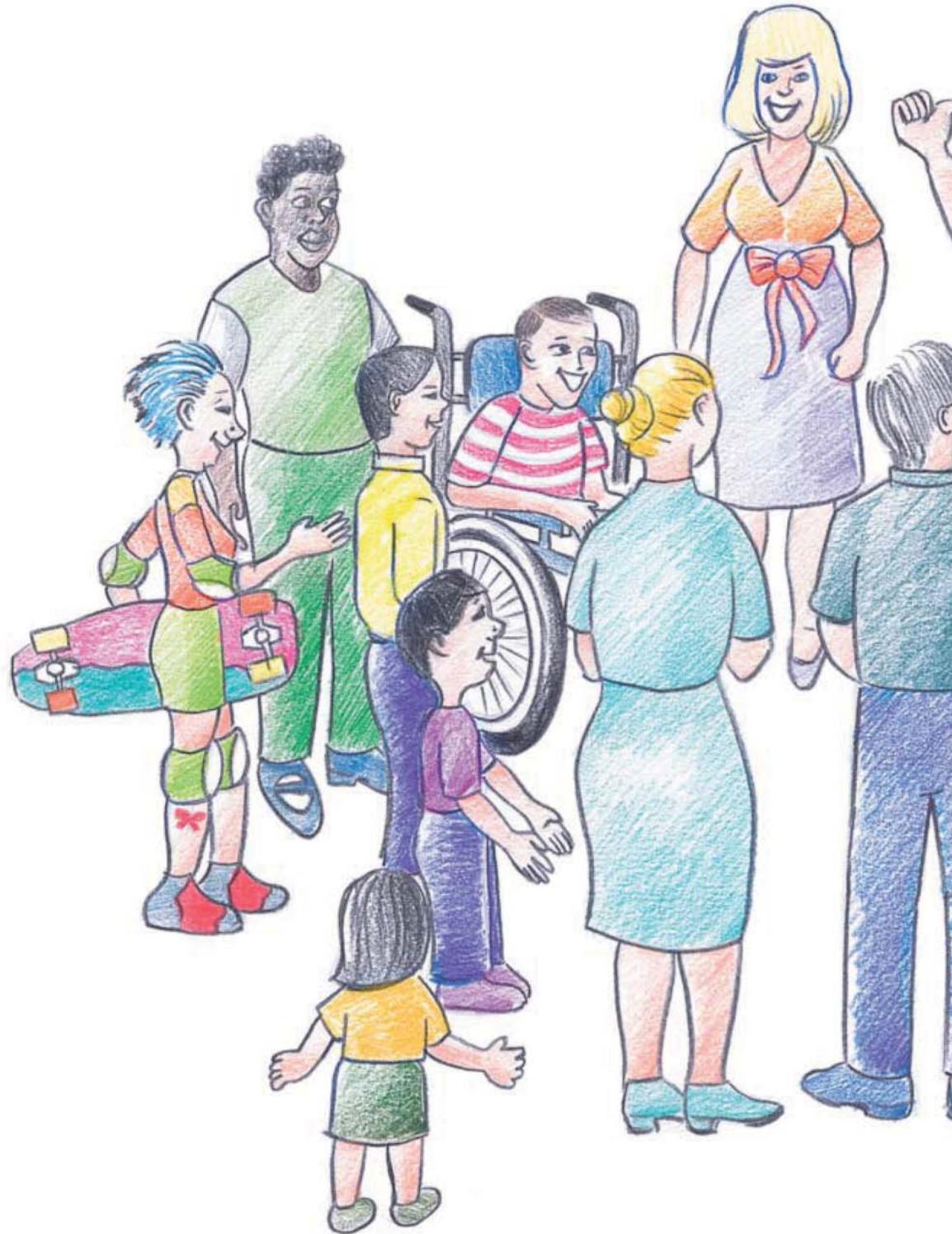
A partir do ano de 2009 todas as propostas de financiamento por intermédio de convênio serão formalizadas por meio do Sistema de Gestão de Convênios e Contratos de Repasse – SICONV (Decreto nº 6170/2007, Portaria Interministerial MP/MF/CGU nº 127/2007 e alterações), por meio do Portal dos Convênios (www.convenios.gov.br).

O Fundo Nacional de Saúde desenvolve o Projeto de Apoio a Gestão e Organização de Fundos de Saúde, que consiste na cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e gestores do SUS para criar, legalizar, organizar e reestruturar os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, de forma que todos os recursos da saúde sejam geridos por meio desses fundos, conforme estabelece a legislação. A ação é realizada a partir de procedimentos que levam informação e instrumentos capazes de incentivar a realização de melhorias na gestão e na organização dos fundos, como:

- I) capacitação de gestores e técnicos dos fundos de saúde em gestão orçamentária, financeira e contábil, por meio da oferta de ferramenta de ensino à distância – EAD;*
- II) apresentação e capacitação para a utilização do Sistema de Gerenciamento de Informações Financeiras – SGIF, desenvolvido pelo DATASUS em parceria com o FNS, com o objetivo de executar e gerir os pagamentos de prestadores de serviço do SUS;*
- III) revisão e elaboração do modelo organizacional e da proposta da estrutura legal dos fundos, dentre outras.*

Monitoramento dos recursos e das ações

É atribuição constitucional da União acompanhar as ações e monitorar a aplicação dos recursos da saúde nos estados e nos municípios; e dos estados realizar essas funções com relação aos municípios. Cabe a todos gerir com transparência e cuidado os recursos públicos.





PLANEJAMENTO E INFORMAÇÃO

Planejamento sob uma nova perspectiva

É responsabilidade do gestor municipal desenvolver o processo de planejamento, contemplando suas fases: programação, monitoramento e avaliação das ações de saúde local, de modo a atender às necessidades da população de seu município com eficiência e efetividade.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) deve ser a referência para o Sistema Único de Saúde (SUS). A redução das desigualdades em saúde existentes no País é o princípio que orienta o PNS, que tem por objetivo geral ampliar o acesso universal e igualitário da população a ações e serviços de saúde de qualidade, oportunos e humanizados. Nesse sentido, o PNS orienta as ações do SUS em relação à atenção à saúde da população brasileira e gestão do sistema. No PNS, estão estabelecidos os objetivos, as diretrizes e as metas nacionais de saúde.

Para dar concretude a esse processo, o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) propõe com as três esferas de gestão uma nova perspectiva para “fazer planejamento”: uma construção coletiva, harmônica e solidária, observando a sua ascendência conforme definido pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990b). O funcionamento desse sistema em nível local se apresenta com a formulação e/ou revisão periódica dos seguintes instrumentos: o Plano Municipal de Saúde (PMS) e suas respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS), instrumento que operacionaliza as intenções expressas no PMS –, e o Relatório Anual de Gestão (RAG), instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários (Sistema de Planeja-

mento do SUS – uma construção coletiva – Série Cadernos de Planejamento – Volume 6 – Orientações gerais para elaboração de instrumentos de planejamento – Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão – estrutura e conteúdo). O PMS é a base para a definição e a implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde local, portanto deve ser valorizado como instrumento central de planejamento, sendo necessário que todas as iniciativas estejam nele contidas, a partir dos seus diversos componentes, cuja elaboração se dá em dois momentos: I) o da análise situacional; e II) o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos. Um instrumento fundamental para nortear a elaboração do PMS é o Plano Nacional de Saúde. Cabe ao Conselho Municipal de Saúde estabelecer as diretrizes para a formulação do PMS, em função da análise da realidade e dos problemas de saúde locais, assim como dos recursos disponíveis. Ao final da vigência do PMS, é necessária a realização de uma avaliação geral, dada a sua importância estratégica para o aperfeiçoamento da gestão.

“...não basta descrever como são o mundo, o país, os lugares; impõem-se ir mais longe, detalhar suas interinfluências recíprocas com a sociedade, seu papel essencial sobre a vida do indivíduo e do corpo social.”

Milton Santos

Sistemas de informações ajudam a planejar a saúde

O SUS opera e/ou disponibiliza um conjunto de sistemas de informações estratégicas para que os gestores avaliem e fundamentem o planejamento e a tomada de decisões, abrangendo: indicadores de saúde; informações de assistência à saúde no SUS (internações hospitalares, produção ambulatorial, imunização e atenção básica); rede assistencial (hospitalar e ambulatorial); morbidade por local de internação e residência dos atendidos pelo SUS; estatísticas vitais (mortalidade e nascidos vivos); recursos financeiros, informações demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas. Caminha-se rumo à integração dos diversos sistemas informatizados de base nacional, que podem ser acessados no *site* do DATASUS (<http://www.datasus.gov.br>). Nesse processo, a implantação do Cartão Nacional de Saúde tem papel central.

Cabe aos gestores conhecer e monitorar esse conjunto de informações essenciais à gestão da saúde do seu município.

O Cartão Nacional de Saúde, que integra o sistema de informação do SUS, está sendo implantado em todo o País, colocando à disposição das equipes de saúde dados necessários à melhor atenção ao cidadão. Ele permite a formação de três cadastros: de usuários do SUS; de unidades de saúde; e de profissionais do SUS. Implantar o Cartão Nacional de Saúde em seu município é aprimorar o sistema de informações municipais de saúde e permitir que os usuários locais se reconheçam como integrantes do SUS. Eles passam a dispor de um cartão, com um número único de identificação, que reúne as informações dos atendimentos realizados pela rede SUS, baseado no número do NIS (Número de Identificação Social, que unifica a identificação do indivíduo em todos os programas sociais do governo).





ATENÇÃO À SAÚDE

Níveis de atenção à saúde

O Sistema Único de Saúde estrutura os níveis de atenção em básica, média e alta complexidade. Nessa organização a Atenção Básica foi definida como a porta de entrada preferencial do sistema e centro ordenador das redes de atenção. Essa estruturação promove uma melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema, visando à integralidade da assistência.

O que é Atenção Básica em saúde?

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) – Portaria GM/MS nº 648, de 28/3/06 (BRASIL, 2006b) – define a Atenção Básica (AB) como um conjunto de ações que engloba promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, bem como a redução de danos ou de sofrimento que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável. Desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à população de territórios delimitados, pelas quais a equipe assume responsabilidades sanitárias. Deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Por que a Atenção Básica é prioridade?

Quando a Atenção Básica funciona adequadamente, a população consegue resolver com qualidade a maioria dos seus problemas de saúde. No SUS, todos os níveis de atenção são igualmente importantes, mas a prática comprova que a Atenção Básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita melhor organização e funcionamento de todo o sistema, inclusive dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia.

Isso porque os problemas de saúde mais prevalentes passam a ser resolvidos nas unidades básicas de saúde, deixando os ambulatórios de especialidades e hospitais cumprirem seus verdadeiros papéis, o que resulta em maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

Saúde da Família como estratégia para organização da Atenção Básica

A Saúde da Família é a estratégia eleita pelo Ministério da Saúde para reorganização da Atenção Básica no País. Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é realizada por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada e interdisciplinar. Cada equipe é formada, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e um número variável de Agentes Comunitários de Saúde. Quando ampliada, a essa equipe são incorporados profissionais de odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico em higiene dental. Cabe ao gestor municipal a decisão de incluir ou não outros profissionais a essas equipes. Cada equipe se responsabiliza pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser no máximo de 4.000 pessoas.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – Portaria GM/MS nº 154, de 24/1/08 (BRASIL, 2008a) – com o objetivo de ampliar a abrangência e resolubilidade das ações da Atenção Básica. Os Nasf atuam em parceria com as equipes de Saúde da Família e são constituídos por outros profissionais de diversas áreas do conhecimento, tais como: nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico acupunturista, profissional de educação física, farmacêutico, médico ginecologista, médico homeopata, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional.



Atualmente a estratégia Saúde da Família apresenta um percentual de cobertura de 49,5% da população brasileira. São 29.300 Equipes de Saúde da Família, 17.807 Equipes de Saúde Bucal, 230.244 Agentes Comunitários de Saúde e 447 Núcleos de Apoio à Saúde da Família implantados.

“Liberdade é uma palavra que o sonho humano alimenta, não há ninguém que explique e ninguém que não entenda.”

Cecília Meireles

Financiamento das ações da Atenção Básica

O financiamento das ações da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão, federal, estadual e municipal. O Piso de Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma parte fixa e outra variável, denominadas, respectivamente, como PAB-Fixo e PAB-Variável. O PAB-Fixo refere-se ao financiamento de ações de Atenção Básica à Saúde, baseando-se no valor *per capita* por município. Já o PAB-Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias tais como Saúde da Família, Saúde Bucal, Nasf, Compensação de Especificidades Regionais, Saúde Indígena, entre outras, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde. O somatório das partes fixa e variável do PAB compõe o Teto Financeiro do Bloco da Atenção Básica. Os recursos do PAB são repassados mensalmente, de forma regular e automática, por meio do Fundo Nacional aos Fundos Municipais de Saúde, com informação disponibilizada no *site*: <http://www.fns.saude.gov.br>. Tais recursos não podem substituir as fontes de recursos próprios do orçamento municipal para a saúde.

A utilização dos recursos provenientes do PAB está regulamentada pela Portaria GM/MS nº 204, de 29/1/07.

Garantia de acesso à saúde: responsabilidade do gestor

O gestor municipal deve garantir que a população sob sua responsabilidade tenha acesso à atenção básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade), mesmo quando localizados fora de seu território, controlando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos. É preciso que isso fique claro, porque muitas vezes o gestor municipal entende que sua responsabilidade acaba na Atenção Básica em Saúde e que as ações e os serviços de maior complexidade são responsabilidade do Estado ou da União – o que não é verdade.

Vigilância em saúde

Vigilância expande seus objetivos

As últimas quatro décadas foram marcadas por um processo de industrialização e urbanização que determinou o aparecimento de grandes transformações nos perfis demográfico e epidemiológico da população brasileira. Para dar conta dos novos desafios decorrentes dessas transformações na sociedade, o Ministério da Saúde criou, em 2003, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), que passou a congregiar não só a vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não-transmissíveis, mas também a vigilância ambiental, a saúde do trabalhador, a análise da situação de saúde da população e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

No campo das doenças transmissíveis, foram conquistados importantes avanços, como a redução na mortalidade por essas doenças; a erradicação da poliomielite desde 1989; a interrupção da circulação autóctone do vírus do sarampo, a partir de 2000; da transmissão vetorial da doença da Chagas pelo *T. infestans*; da raiva humana transmitida por animais domésticos; e da eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita, com grande campanha de vacinação realizada em 2008. Entretanto, o Brasil convive com doenças que ainda apresentam uma elevada carga na população e precisam de manutenção na prioridade por parte de todos os gestores do SUS. Entre estas, destacam-se a dengue, a malária, a tuberculose, a hanseníase, as leishmanioses, a esquistossomose, as hepatites virais e as doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis, a sífilis congênita e a aids.

Outros grupos de doenças ou agravos também têm gerado importante carga de morbidade e mortalidade, em especial às doenças cardiovasculares, às causas relacionadas à violência, à neoplasias e à doenças respiratórias. Para esse conjunto de doenças, além das medidas que visam oferecer o diagnóstico e tratamento precoce e eficaz, faz-se necessário o monitoramento dos fatores de risco para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como a articulação com outras políticas sociais (educação, meio ambiente, segurança pública).

Competências municipais na vigilância em saúde

As atribuições dos prefeitos com relação à vigilância em saúde estão previstas e relacionadas na Portaria GM/MS nº 1.172, de 15/6/04 (BRASIL, 2004), publicada pelo Ministério da Saúde, que regula a relação da vigilância entre os três entes federados. Competem aos gestores municipais, entre outras atribuições, as atividades de notificação e busca ativa de doenças compulsórias, surtos e agravos inusitados; investigação de casos notificados em seu território; busca ativa de declaração de óbitos e de nascidos vivos; garantia a exames laboratoriais para o diagnóstico de doenças de notificação compulsória; monitoramento da qualidade da água para o consumo humano; captura de vetores e reservatórios, identificação e levantamento do índice de infestação; coordenação e execução das ações de vacinação de rotina e especiais (campanhas e vacinações de bloqueio); vigilância epidemiológica e monitoramento da mortalidade infantil e materna; execução das ações básicas de vigilância sanitária; gestão e/ou gerência dos sistemas de informação epidemiológica, no âmbito municipal; coordenação, execução e divulgação das atividades de informação, educação e comunicação de abrangência municipal; participação no financiamento das ações de vigilância em saúde e capacitação de recursos. As doenças de notificação compulsória estão relacionadas na Portaria Ministerial nº 5, de 21/2/06.

Assistência Farmacêutica – Acesso aos medicamentos

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando assegurar a acessibilidade da população à farmacoterapia de qualidade e contribuir para o uso racional de medicamentos.

Estão incluídos neste conceito os medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterápicos e as plantas medicinais.

As ações relacionadas à Assistência Farmacêutica precisam estar integradas às demais políticas de saúde, além de ser necessário otimizar os recursos financeiros, realizar uma gestão eficiente, desenvolver e capacitar recursos humanos, bem como estruturar a área física das farmácias, buscando promover o acesso dos cidadãos a medicamentos de qualidade e às informações necessárias à correta utilização.

A Portaria GM/MS nº 204 (BRASIL, 2007a), de 29 de janeiro de 2007, organiza o bloco da Assistência Farmacêutica em componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Portaria GM/MS nº 3.237/2007 (BRASIL, 2007b) – aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde.

Assistência Farmacêutica Básica

Os medicamentos que compõem o elenco da Farmácia Básica são destinados ao tratamento de doenças e recuperação da saúde, no âmbito da Atenção Básica. Esses medicamentos são definidos e pactuados entre o Ministério da Saúde, o Conass e Conasems com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Na Bipartite (CIB) de cada Estado, é pactuado o Elenco Estadual. Para a seleção desses medicamentos também são considerados a Rename, o perfil epidemiológico do con-

junto dos municípios do Estado, possibilitando às Secretarias Municipais de Saúde, o tratamento medicamentoso das doenças mais prevalentes, atendidas no âmbito da Atenção Básica, tais como diabetes, hipertensão arterial, asma, rinite, verminoses, entre outras.

Neste programa, também estão incluídos o fornecimento dos medicamentos contraceptivos (Programa Saúde da Mulher) e as insulinas NPH e Regular, os quais são adquiridos pelo Ministério da Saúde e entregues aos governos estaduais, a quem compete distribuí-los aos municípios. Já os insumos para o controle e monitoramento dos pacientes diabéticos, tais como tiras reagentes, lancetas para punção digital e seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina, devem ser adquiridas e fornecidas pelos governos estaduais e/ou municípios, conforme acordo na Comissão Intergestores Bipartite e disciplinado na Portaria 3.237/2007. (BRASIL, 2007b).

Medicamentos dos Programas Estratégicos

Com o objetivo de garantir aos usuários do SUS o acesso aos medicamentos usados no tratamento de doenças que configuram problemas de saúde pública, consideradas como de caráter estratégico pelo Ministério da Saúde, são disponibilizados medicamentos para o tratamento de doenças de perfil endêmico, cujo controle e tratamento tenham protocolo e normas estabelecidas e que tenham impacto socioeconômico.

Atendem aos Programas Nacionais de DST/AIDS, Tuberculose, Hanseníase, Lúpus, Tabagismo, Endemias Focais (Malária, Leishmaniose, Esquistossomose, Meningite, Doença de Chagas, Peste, Tracoma, Filariose, Cólera e Micoses Sistêmicas), Sangue e Hemoderivados e os Imunobiológicos.

Conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 399/2006 o financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2006a).

Medicamentos de Dispensação Excepcional

Para toda a população brasileira atendida no Sistema Único de Saúde são disponibilizados medicamentos para o tratamento de doenças que apresentam as seguintes características:

- Rara ou de baixa prevalência com necessidade de tratamento com medicamentos de elevado custo financeiro;
- Doença prevalente com necessidade de tratamento com medicamentos de alto valor unitário, para aquelas doenças em que há tratamento no nível da atenção básica, mas o indivíduo apresentou refratariedade ou evoluiu para quadro clínico de maior gravidade.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE) é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.577, de 27 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006d).

Devido às características das doenças contempladas no CMDE, definidas pela 10ª edição do Código Internacional de Doenças (CID-10), os medicamentos devem ser prescritos e dispensados de acordo com as recomendações dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, elaborados pelo Ministério da Saúde. Tais Protocolos apresentam as recomendações para diagnóstico, tratamento medicamentoso e não medicamentoso e monitoramento dos resultados alcançados.

Programa Farmácia Popular do Brasil

Com vistas à ampliação do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, foi implantado, em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil, constituído pela rede própria de Farmácias Populares.

As unidades próprias contam com um elenco de 106 medicamentos, além de preservativos masculinos, os quais são dispensados pelo seu valor de custo representando uma redução de até 90% do valor de mercado.

Para ampliar o acesso da população aos Medicamentos Essenciais, foi criado em 2006, um Sistema de Copagamento, denominado “Aqui Tem Farmácia Popular”. Em farmácias e drogarias da rede privada, credenciadas, são vendidos medicamentos para o tratamento da hipertensão e diabetes, além dos anticoncepcionais, com preços até 90% menores dos que são cobrados nos estabelecimentos privados não-cadastrados.

Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

O Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, Portaria Interministerial nº 2.960/2008, foi instituído para “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional”. (BRASIL, 2008b).

Em relação aos medicamentos fitoterápicos e plantas medicinais, o acesso é determinado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (Portaria GM/MS nº 971/2006), que também inclui medicamentos homeopáticos e pelo Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que define as ações da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. (BRASIL, 2006c).



DESAFIOS DA GESTÃO EM SAÚDE

Desafios públicos e responsabilidades compartilhadas

A legislação brasileira – Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e legislação sanitária, incluindo as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 (BRASIL, 2000b, 1990a, 1990b) – estabelece prerrogativas, deveres e obrigações a todos os governantes. A Constituição Federal define os gastos mínimos em saúde, por esfera de governo, e a legislação sanitária, os critérios para as transferências intergovernamentais e alocação de recursos financeiros. Essa vinculação das receitas objetiva preservar condições mínimas e necessárias ao cumprimento das responsabilidades sanitárias e garantir transparência na utilização dos recursos disponíveis. A responsabilização fiscal e sanitária de cada gestor e servidor público deve ser compartilhada por todos os entes e esferas governamentais, resguardando suas características, atribuições e competências. O desafio primordial dos governos, sobretudo na esfera municipal, é avançar na transformação dos preceitos constitucionais e legais que constituem o SUS em serviços e ações que assegurem o direito à saúde, como uma conquista que se realiza cotidianamente em cada estabelecimento, equipe e prática sanitária. É preciso inovar e buscar, coletiva e criativamente, soluções novas para os velhos problemas do nosso sistema de saúde. A construção de espaços de gestão que permitam a discussão e a crítica, em ambiente democrático e plural, é condição essencial para que o SUS seja, cada vez mais, um projeto que defenda e promova a vida.

Criatividade na condução técnica e administrativa

Muitos municípios operam suas ações e serviços de saúde em condições desfavoráveis, caracterizados pela insuficiência de recursos financeiros e equipes para atender às demandas dos usuários, seja em volume, seja em complexidade – resultado de uma conjuntura social de extrema desigualdade. Nessas situações, a gestão pública em saúde deve adotar uma condução técnica e administrativa compatível com os recursos existentes e criativa em sua utilização. Deve estabelecer critérios para a priorização dos gastos, orientados por análises sistemáticas das necessidades em saúde, verificadas junto à população. É um desafio que exige vontade política, propostas inventivas e capacidade de governo.

O SUS tem consolidado uma política pública integral, inclusiva e de caráter universal. Cabe aos governantes garantir o acesso de todos os cidadãos aos sistemas, serviços e ações de atenção à saúde, com qualidade e equidade. Tal responsabilidade é intransferível, embora seja compartilhada por todas as esferas de governo, demandando iniciativas de cooperação e pactuação intergovernamentais.

“A verdadeira medida de um homem não é como ele se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas como ele se mantém em tempos de controvérsia e desafio.”

Martin Luther King Jr.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, [200-?].

_____. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 set. 2000a.

_____. Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 5 maio 2000b.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 48, de 12 de janeiro de 2009. Ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, definidos no anexo da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jan. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 jan. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 31 jan. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 fev. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 mar. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 maio 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 17 jun. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.577, de 27 de outubro de 2006. Aprova o componente de medicamentos de dispensação excepcional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 out. 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 26 dez. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 10 dez. 2008b.

Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-Sede
CEP: 70058-900, Brasília-DF
Tel.: (61) 3315 2425
www.saude.gov.br

Departamento de Apoio à Descentralização (DAD)

Ministério da Saúde
Secretaria-Executiva
Departamento de Apoio à Descentralização
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício-Sede, Sala 351
CEP: 70058-900, Brasília-DF
Tel.: (61) 3315 2649 Fax: (61) 3226 9737
www.saude.gov.br/dad

Disque Saúde 24 Horas

Ministério da Saúde
0800 61 1997
(ligações gratuitas de todo o País. Informe-se sobre os outros serviços
"Disque Saúde" existentes)

Fundo Nacional de Saúde (FNS)

Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo, 2º andar
Tel.: 0800 644 8001
www.fns.saude.gov.br
(informe-se sobre convênios)

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo, Ala B, 1º andar, Sala 103-B
CEP: 70058-900, Brasília-DF
Tels.: (61) 3315 2150/3315 2151 Fax: (61) 3315 2414/3315 2472
E-mail: cns@saude.gov.br
www.conselho.saude.gov.br

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass)

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo, Ala B, Sala 148-B

CEP: 70058-900, Brasília-DF

Tels.: (61) 3315 2206/3315 2892 Fax: (61) 3223 0155

E-mail: conass@conass.org.br

www.conass.org.br

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo, Ala B, 1º andar, Sala 130-B

CEP: 70058-900, Brasília-DF

Tels.: (61) 3315 2121/3315 2828 Fax: (61) 3315 2125

E-mail: conasems@saude.org.br

www.conasems.org.br



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 3233-2020 Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, maio de 2009

OS 0400/2009

ISBN 978-85-334-1580-5



9 788533 415805

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério
da Saúde

