



DIRETRIZES PARA O APOIO INTEGRADO À GESTÃO INTERFEDERATIVA DO SUS

Metodologia utilizada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) no processo de cooperação a Estados e Municípios, como forma de potencializar a sua ação.

Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa

Conteúdo

CONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO	2
ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DO BRASIL	2
CONSTITUIÇÃO FEDERAL	3
LEI 8.080/90	4
LEI 8.142/90	5
LEI COMPLEMENTAR 141/12	6
• APLICAÇÃO DE RECURSOS	6
• AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE	6
• VALOR MÍNIMO A SER APLICADO	7
• CRITÉRIOS DE RATEIO	7
• EXIGÊNCIAS PARA O RECEBIMENTO DE RECURSOS	8
• A COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA	9
O DECRETO 7.508/11	10
DIRETRIZES NACIONAIS DO SISTEMA DE SAÚDE 2012-2015	12
O INDICADOR NACIONAL DE GARANTIA DO ACESSO.....	13
O APOIO INTEGRADO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	16
Uma estratégia de Cooperação Interfederativa	16
O APOIO INTEGRADO NA SGEP	20
AGENDA PLURIANUAL DA SGEP - 2012/2015.....	21
O APOIO INTEGRADO NO DAI.....	24
A AGENDA DO APOIADOR DO DAI.....	29
ANEXO	35

CONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO

ORGANIZAÇÃO POLÍTICA DO BRASIL

O Brasil tem uma organização político-administrativa com base no federalismo, entendido este como uma forma de governo, baseada em distribuir e exercer o poder político numa sociedade, sobre um determinado território, que resulta da necessidade de preservar a diversidade de culturas ou da constatação das origens diferenciadas da história e das tradições políticas dos Estados-Membros, garantindo-lhes autonomia política.

A separação de competências entre os entes da federação brasileira nos coloca o desafio de organizar uma ação coordenada e articulada entre eles para garantir os direitos sociais dos cidadãos.

Uma das formas de coordenação resulta da realização de acordos intergovernamentais para a aplicação de programas e financiamentos conjuntos, que se traduz no federalismo cooperativo. Neste, há uma mudança dos poderes de decisão nas esferas de governo - em benefício de um mecanismo complexo e menos formalizado, de negociação e acordo intergovernamental. Com isso, há uma tendência de redução das políticas que sejam conduzidas por um ente federado, colocando-se o desafio do reconhecimento de uma relação de interdependência entre eles e a necessária coordenação das atividades governamentais. Esta interdependência e coordenação constroem-se na interação entre os entes da federação, não se fundamentando em uma estrutura hierárquica. O federalismo cooperativo não exclui os conflitos de competência, as concorrências ou as duplicações de atividades entre os entes da federação, mas busca reduzir o alcance destes problemas através de acordos políticos negociados, sendo suscetível a fases de centralização e descentralização.

Assim, 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.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

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 doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. 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;

III - participação da comunidade.

Fica estabelecido ainda que o Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

O texto constitucional traz, então, a concepção de um sistema baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população com a garantia da integralidade da atenção à saúde, resgatando o compromisso do Estado com o bem-estar social, 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.

LEI 8.080/90

Em 1990, a Lei 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** de 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;
- IV. *utilização da epidemiologia* para o **estabelecimento de prioridades**, a **alocação de recursos** e a orientação programática;
- V. **participação da comunidade**;
- VI. **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**.

Recentemente, a lei 12.466, de 24 de agosto de 2011, acrescentou os artigos 14-A e 14-B à Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições. Assim, as Comissões Intergestores Regionais, Bipartite e Tripartite são reconhecidas como fóruns de negociação e pactuação entre gestores,

quanto aos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; e fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, regulação do sistema e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem ainda elaborar uma proposta orçamentária do SUS, de acordo com o seu Plano de Saúde, devendo este expressar a Política de Saúde.

LEI 8.142/90

A Lei 8.142/90 ao dispor sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde estabelece, em cada esfera de governo, as suas instâncias colegiadas, a Conferência e o Conselho de Saúde.

A Conferência de Saúde deve reunir-se a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, devendo ser convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, é o órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados, para além das despesas de custeio e capital do próprio Ministério da Saúde e em investimentos previstos em lei orçamentária, à cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados por Estados e Municípios, sendo estes destinados a investimentos na rede de serviços, à

cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações e serviços de saúde, devendo ser repassados de forma regular e automática aos Fundos de Saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal.

LEI COMPLEMENTAR 141/12

A Lei complementar 141, sancionada em 13 de janeiro de 2012, vem regulamentar a Emenda Constitucional 29/00, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

• APLICAÇÃO DE RECURSOS

A aplicação dos recursos deve considerar as ações e serviços de saúde destinados ao acesso universal, igualitário e gratuito, que estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação e que sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população, movimentados por meio dos Fundos de Saúde, constituindo-se em unidades orçamentárias e gestora dos recursos destinados à saúde.

• AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Consideram-se ações e serviços de saúde aqueles referentes a:

- I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

XI - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

• VALOR MÍNIMO A SER APLICADO

Cabe à União, a aplicação do montante empenhado no ano anterior acrescido de no mínimo o percentual da variação nominal do PIB, não podendo o valor ser reduzido, quando a variação for negativa.

Cabe aos Estados e ao Distrito Federal, a aplicação de no mínimo 12% da arrecadação de seus impostos, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos Municípios.

Cabe aos Municípios, a aplicação de no mínimo 15% da arrecadação dos seus impostos.

• CRITÉRIOS DE RATEIO

O rateio de recursos da União para a Saúde deve observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e

de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais.

Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e para a sua alocação deverão ser observados critérios que visem reduzir desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde, de modo a garantir a integralidade da atenção à saúde.

Os Planos Estaduais de Saúde devem explicitar a metodologia de alocação de recursos estaduais e a previsão anual de transferências para os municípios, pactuada na CIB e aprovada no Conselho Estadual de Saúde.

Os gestores devem manter informados os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente federado sobre o montante de recursos a ser transferido da União para Estados e Municípios, com base no Plano Nacional de Saúde e conforme previsto no termo de compromisso entre a União, Estados e Municípios, qual seja, de acordo com o Decreto 7.508/11, o Contrato Organizativo da Ação Pública, assim como das transferências estaduais para os Municípios, com base no Plano Estadual de Saúde.

• **EXIGÊNCIAS PARA O RECEBIMENTO DE RECURSOS**

Para fazerem jus aos recursos, Estados e Municípios devem ter elaborado o Plano de Saúde e ter instituído e em pleno funcionamento, o Fundo e o Conselho de Saúde.

O processo de planejamento e orçamento deverá ser ascendente, partindo das necessidades de saúde da população em cada região de saúde, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades. A programação anual referente ao Plano de Saúde deve ser encaminhada ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde.

Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional. Os

planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

As prestações de contas deverão ser periódicas, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere à comprovação do cumprimento do disposto na Lei Complementar 141/12, por meio do Relatório de Gestão do SUS, que deve ser encaminhado ao respectivo Conselho de Saúde para avaliação da gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação, até 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo a este emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas instituídas. Deverão ainda ser apresentados relatórios trimestrais que deverão conter o montante e fonte dos recursos aplicados no período; as auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações e a oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação, devendo ser apresentados até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro em audiência pública, na Câmara de Vereadores em se tratando de municípios e na Assembleia Legislativa em se tratando de estados e Distrito Federal.

A transparência e visibilidade da Saúde serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão dos Planos de Saúde.

- **A COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA**

A União prestará cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consistindo na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico referente aos orçamentos públicos, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde e cooperação financeira, por meio da entrega de bens ou valores e do financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

O DECRETO 7.508/11

Uma das medidas implementadas para dotar a relação interfederativa de maior eficácia, foi o Decreto 7.508, sancionado em 28 de junho de 2011, que veio preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ao regulamentar, depois de 20 anos, alguns aspectos da Lei 8.080/90, ao dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, possibilitando um aprimoramento do Pacto Federativo pela Saúde e contribuir, efetivamente, na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Este ato do poder executivo conceitua e institui:

- 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 articulados 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 serviços de Saúde do Trabalhador e os 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 indutor 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 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, orientados pelos 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.

DIRETRIZES NACIONAIS DO SISTEMA DE SAÚDE 2012-2015

O Pacto pela Saúde, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, em 2006, trouxe avanços significativos para a gestão compartilhada do SUS, a exemplo da unificação dos processos de pactuação com definição de uma agenda de prioridades, objetivos, metas e indicadores; a organização das transferências federais em blocos de financiamento, possibilitando aos gestores maior autonomia na gestão dos recursos financeiros; a definição de diretrizes nacionais para os processos de gestão do SUS objetivando maior compromisso dos entes governamentais e corresponsabilização, explicitando o papel de cada um na organização do sistema, por meio de eixos de responsabilidades, norteadores da qualificação da gestão; a Regionalização como eixo estruturante e orientador dos processos de descentralização, planejamento e pactuações, com a constituição dos Colegiados de Gestão Regional, importantes na superação da fragmentação sistêmica e aproximação do diálogo e negociação no espaço regional, no estabelecimento de ações cooperativas, empoderando os municípios nas decisões regionais. No entanto, desafios permanecem e hoje se traduzem em diretrizes nacionais a serem observadas por todos os gestores do SUS.

A nova gestão do Ministério da Saúde elaborou, a partir de 2011, o Plano Nacional de Saúde para o período de 2012-2015, já aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, ficando definidas 14 diretrizes nacionais, que devem, de acordo com o Decreto 7.508/11, orientar, não só os processos de planejamento da gestão federal, bem como a elaboração dos Planos de Saúde estaduais e municipais, de modo a garantir um processo coordenado e articulado entre os três níveis de governo, as quais se apresentam a seguir:

1. *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;*
2. *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;*
3. *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;*

4. *Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas;*
5. *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;*
6. *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;*
7. *Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde;*
8. *Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS;*
9. *Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde;*
10. *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;*
11. *Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde;*
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;*
13. *Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS;*
14. *Representação e defesa internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como o compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países.*

O INDICADOR NACIONAL DE GARANTIA DO ACESSO

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, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências.

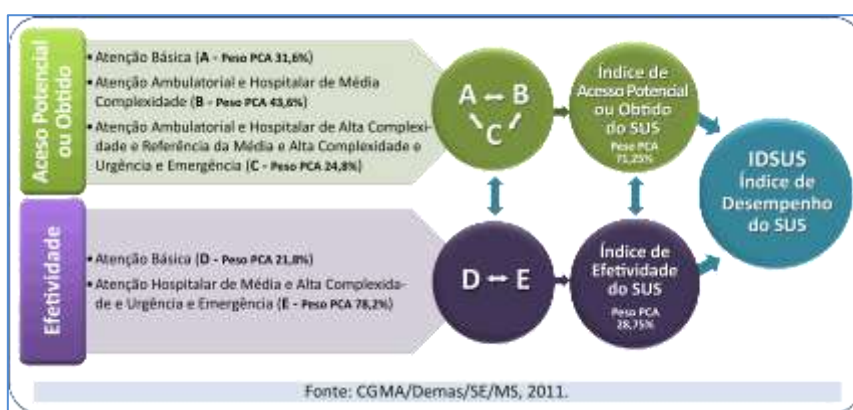


Figura 1

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**.



Figura 2

Para maiores informações sobre a escolha dos indicadores e os resultados obtidos, acesse www.saude.gov.br/idsus

O APOIO INTEGRADO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Uma estratégia de Cooperação Interfederativa

É entre a autonomia e a necessidade de interação entre os entes federados, entre as especificidades de cada Secretaria do MS e a necessidade de diminuir a fragmentação na implementação das Políticas de Saúde, entre a agenda estratégica do SUS e as singularidades dos contextos locais, que se insere a discussão da estratégia do Apoio Integrado no Ministério da Saúde, como forma de fortalecer a horizontalidade das suas relações e promover um processo de cooperação interfederativo mais integrado e efetivo, na construção das Redes de Atenção à Saúde nas Regiões de Saúde, contratualizando o desenvolvimento das práticas de atenção e gestão, que produzam acolhimento, com ampliação do acesso e qualidade no SUS.

O Apoio Integrado do MS prevê a organização de Equipes de Referência compostas de 4 apoiadores: 01 apoiador centralizado do DAI/SGEP, 01 apoiador do Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde - DARAS/SAS, 01 apoiador da Política Nacional de Humanização - PNH/SAS e 01 apoiador do Departamento de Atenção Básica - DAB/SAS. Em torno das Equipes de Referência do apoio integrado gravitam os apoios temáticos: apoiadores da Rede Cegonha; apoiadores da Rede de Urgência/Emergência; apoiadores da Rede de Saúde Mental; apoiadores da Vigilância em Saúde; da Vigilância Sanitária; da Atenção à Saúde da População Indígena; apoiadores da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; da Ciência e Tecnologia; da Gestão Participativa; da Ouvidoria; da Auditoria; além dos apoiadores descentralizados do DAI/SGEP.



Figura 3: Desenho esquemático da configuração da Equipe de Referência do Apoio Integrado do MS a cada estado.

Cada Secretaria do Ministério estabelece ações de cooperação técnica a estados e municípios na implementação de processos referentes às políticas de saúde, por meio de apoiadores, chamados aqui de apoiadores institucionais. A proposta da Equipe de Referência do Apoio Integrado a estados e municípios coloca-se diante da necessidade de articular processos de cooperação mais sistêmicos, potencializando a ação dos 3 níveis de gestão do SUS, na organização do sistema de saúde, conforme reiterado pelo Decreto 7.508.

A Equipe de Referência do Apoio Integrado do MS tem, portanto, a finalidade de discutir e acordar um projeto estratégico para cada estado, articulado e mobilizador de processos que façam a diferença, a partir das agendas de cada secretaria e as necessidades observadas por meio de análise de situação de saúde e de gestão, objetivando a implementação de políticas de saúde, devendo, de acordo com a realidade/especificidades locais, articular os demais apoiadores temáticos para fortalecer o apoio necessário. Desta forma, os 4 membros da Equipe de Referência devem reunir-se com o conjunto de apoiadores em campo, para discutir as agendas em curso e, assim, pensar um projeto de cooperação integrado, que deverá ser validado pela direção do DAI e DARAS. Cabe ao DARAS mobilizar os apoiadores da SAS e ao DAI a articulação com os demais entes federativos para discussão da implementação da agenda do apoio integrado, sem prejuízo de apoios técnicos específicos entre eles. Esta agenda deve, então, respeitar as competências dos gestores das três esferas de governo, lembrando que a ação federal deverá buscar articular-se com a gestão estadual, coordenadora do sistema no seu âmbito, para fortalecer a ação federal/estadual/municipal, na implementação de Políticas de Saúde.

Para tanto, há a necessidade de se articular técnico-politicamente as várias Secretarias do MS, em torno de objetivos comuns, para fortalecer a relação com Estados e Municípios devendo, o Apoio Integrado, estar sustentado em três eixos e respectivas diretrizes: a formação dos apoiadores, a condução/operacionalização da estratégia e o seu monitoramento e avaliação.



Figura 4: Nó borromeano

O nó borromeano, representado na figura 4, é formado por 3 elos distintos, entrelaçados de tal modo que, cortando-se um dos elos, não importa qual deles, todos imediatamente se soltam e o nó se desfaz. Entendemos que a estratégia do Apoio Integrado, assim ancorada, somente terá sentido se, efetivamente, for sustentada pelo que representa cada um desses elos: o projeto de formação, a condução do apoio integrado e o seu monitoramento e avaliação.

É o Departamento de Articulação Interfederativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – DAI/SGEP, integrante do Núcleo Gestor do Apoio Integrado do Ministério da Saúde - NGAI, que assume a responsabilidade de articular os demais departamentos da SGEP – o Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) e o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) - no processo de apoio à implementação do processo de contratualização, a estados e municípios e na relação com as demais secretarias do Ministério da Saúde.

DIRETRIZES GERAIS PARA O APOIO INTEGRADO

As diretrizes gerais para o Apoio Integrado apontam o caminho que deve ser buscado em cada eixo que lhe dá sustentação, de modo a atender a seu grande objetivo que é o de articular as ações inerentes à implementação dos objetivos estratégicos, por todas as Secretarias do Ministério da Saúde, no processo de cooperação a Estados e Municípios.

a. DA FORMAÇÃO

- i. Utilização das diretrizes da educação permanente no SUS;
- ii. Estabelecimento de parcerias com instituições formadoras;
- iii. Desenvolvimento de competências do apoiador, utilizando conhecimentos do campo das profissões e da saúde coletiva.

b. DA OPERACIONALIZAÇÃO

- i. Estabelecimento de diálogos cooperativos, reforçando-se a horizontalidade no trato de questões políticas e gerenciais no campo da saúde;
- ii. Qualificação dos processos e práticas de gestão e do cuidado em saúde;
- iii. Articulação técnica-política entre os diversos atores do SUS;
- iv. Integração e coordenação de agendas na implementação de políticas de saúde.

c. DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- i. Utilização de metodologias de monitoramento e avaliação eficazes;
- ii. Definição de parâmetros e limites por meio de processos negociados e interativos, que envolvam os principais interessados (dirigentes, apoiadores e beneficiados);
- iii. Compartilhar o resultado das avaliações ao longo do processo.

O APOIO INTEGRADO NA SGEP

As ações do apoio integrado na SGEP visam articular a agenda prioritária de cada Departamento, na relação com as agendas das demais secretarias do MS, processo este intermediado pelo apoiador do DAI que deve levar esta discussão à equipe de referência do apoio integrado do MS, para que possa ser 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 sua população.

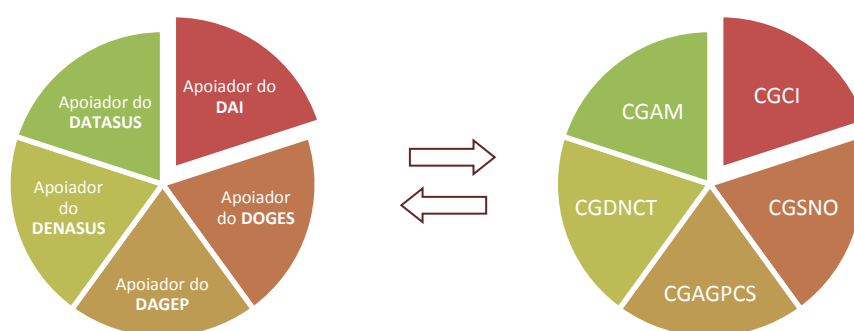


Figura 5: Desenho esquemático da configuração da Equipe de Apoio Integrado da SGEP a cada Estado e respectivo grupo gestor do apoio

O alinhamento deste processo se dá por meio de um Grupo Gestor do AI na SGEP, ligado ao Colegiado do Secretário, coordenado pelo DAI e constituído por uma coordenação de cada departamento envolvido, conforme:

DAI – Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa (CGCI)

DAGEP – Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social (CGAGPCS)

DOGES – Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Ouvidorias (CGSNO)

DENASUS – Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica (CGDNCT)

DATASUS – Coordenação-Geral de Análise e Manutenção (CGAM)

O Grupo Gestor do AI na SGEP deverá discutir e organizar as agendas estratégicas de cada estado, de modo a orientar os apoiadores no desenvolvimento de um projeto articulado e integrado, promover espaços de discussão entre todos os apoiadores, bem como monitorar e avaliar o trabalho de cada equipe.

AGENDA PLURIANUAL DA SGEP - 2012/2015

A SGEP, a partir da aprovação do Plano Nacional de Saúde para o período de 2012 a 2015, assumiu a condução de processos referentes a 02 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 10 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 quatro mil ações de controle interno e auditorias com foco nos contratos de ação pública até 2015.

As estratégias que a SGEP espera implementar são:

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 transexuais (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 a formação de espaços de deliberação, como fóruns e comissões, entre os Conselhos Municipais e Estadual de Saúde para a articulação do controle social e formação de conselheiros de saúde sobre gestão participativa, controle social e políticas de promoção de equidade em saúde;
 - 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) 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; e
8. fortalecimento do SNA para o controle do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), por meio da realização de atividades de auditoria.

O APOIO INTEGRADO NO DAI

Levando em consideração as diretrizes para o Apoio Integrado no MS que está sustentado nos eixos *Formação do Apoiador, Operacionalização da Estratégia e Monitoramento e Avaliação*, o Departamento de Articulação Interfederativa – DAI - vem desenvolvendo estratégias para potencializar a ação de cooperação junto a estados, Distrito Federal e municípios. O objetivo principal é alcançar o produto priorizado pelo departamento, nesta gestão, que é a implantação dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde - COAP - com seus processos inerentes.

DA OPERACIONALIZAÇÃO

Operacionalizar é colocar em operação um sistema ou processo que ainda esteja "no papel". É transformar ideia em ação.

Baseada neste conceito a operacionalização do AI foi pensada levando em consideração as diretrizes estabelecidas para este eixo, quais sejam:

- Estabelecimento de diálogos cooperativos, reforçando-se a horizontalidade no trato de questões políticas e gerenciais no campo da saúde;
- Qualificação dos processos e práticas de gestão e do cuidado em saúde;
- Articulação técnico-política entre os diversos atores do SUS; e a
- Integração e coordenação de agendas na implementação de políticas de saúde.

Em decorrência das inovações instrumentais que devem mediar a relação entre entes federativos, na organização do sistema de saúde, estabelecidas pelo Decreto 7.508/11, notadamente o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), o DAI/SGEP, visando potencializar a estratégia do Apoio Integrado, tomou a iniciativa, em consonância com as demais secretarias do MS, de contratar apoiadores nos estados para colaborar no processo de desenvolvimento da regionalização, visando a contratualização em todas as unidade da federação.

Esses apoiadores foram denominados “descentralizados”, devendo estar articulados com os apoiadores sediados em Brasília, denominados “centralizados”. O apoiador centralizado faz parte da Equipe de Referência do Apoio Integrado do MS e constitui o elo com os demais apoiadores da SGEP e do MS no âmbito de cada estado da federação.

A operacionalização do Apoio Integrado no DAI está vinculada às três Coordenações-Gerais (CGCI, CGCOI, CGAIGI) ficando cada uma com a

responsabilidade de acompanhar o trabalho dos apoiadores em 9 estados da federação. As coordenações tem a missão de imprimir direcionalidade à estratégia do AI e auxiliar na articulação interfederativa, seja na implementação da agenda estratégica vinculada diretamente ao Departamento, seja naqueles em que o departamento acompanha indiretamente (implementação dos subprojetos QualiSUS-Rede, Redes Temáticas, Políticas de Promoção da Equidade e Controle Social, dentre outros).

A Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite – ST/CIT contribui com o Apoio Integrado do DAI/SGEP por meio da interlocução com as demais Comissões Intergestores, no apoio à estruturação das respectivas secretarias técnicas e demais processos vinculados ao seu pleno funcionamento.

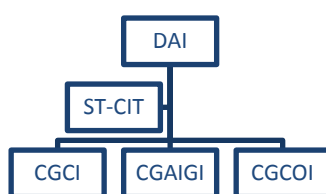


Figura 06: organograma do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI)

- ST-CIT: Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite
- CGCI: Coordenação Geral de Cooperação Interfederativa
- CGAIGI: Coordenação Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa
- CGCOI: Coordenação Geral de Contratualização Interfederativa

Assim, as estratégias pensadas para operacionalizar o AI no DAI são:

- I. Definição de escopo para o trabalho do Apoio Integrado, que orienta os apoiadores na construção de suas agendas de trabalho;
- II. Identificação de um interlocutor na Secretaria Estadual/Distrital de Saúde e um no Conselho de Secretários Municipais de Saúde – Cosems - de cada Unidade Federada;
- III. Contratação de apoiadores descentralizados para potencializar o processo de organização do SUS, segundo dispositivos do Decreto 7.508/11 com vistas à contratualização dos entes federados em cada região de saúde;
- IV. Articulação entre os Departamentos da SGEP, com o objetivo de integrar e fortalecer as equipes técnicas que compõem esta Secretaria, para a implementação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS e dos dispositivos do Decreto 7.508/11;
- V. Articulação entre os apoiadores das diferentes Secretarias do Ministério da Saúde visando otimizar os processos de trabalho, aumentando a eficácia,

eficiência e efetividade das políticas públicas e evitando duplicidade de esforços e recursos para os mesmos fins;

- VI. Articulação com os demais entes federativos para discussão da implementação da agenda do apoio, em atuação integrada com outras áreas do Ministério da Saúde.

DA FORMAÇÃO DOS APOIADORES

Se operacionalizar é colocar ideia em ação será necessário, para a operacionalização do AI, desenvolver estratégias, ações, treinamentos, ou seja, preparar, tornar apto quem irá realizar a tarefa ou a função, no caso o apoiador do DAI.

Para o atendimento a esse eixo do AI foram definidas as seguintes diretrizes:

- Desenvolvimento de competências do apoiador, utilizando seus conhecimentos prévios do campo das profissões e da saúde coletiva;
- Utilização das diretrizes já definidas para a Educação Permanente no SUS;
- Estabelecimento de parcerias com instituições formadoras.

Visando atender às necessidades de formação dos apoiadores e observando as diretrizes ora definidas, foram desenvolvidas as seguintes estratégias:

- I. Reuniões com as respectivas Coordenações: encontros entre técnicos de cada coordenação com seus respectivos coordenadores para discussão e planejamento de ações relacionadas às atividades do AI;
- II. Ampliados DAI: reuniões com a participação de todos os técnicos do Departamento para discutir, aprofundar e alinhar temas afetos à gestão do SUS;
- III. Café com Ideias: encontros para discussão de temas de interesse para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, nos quais são convidados facilitadores para discorrer sobre os temas definidos;
- IV. Seminários, Congressos, Oficinas e outros: participação em eventos nacionais, estaduais e/ou regionais;
- V. Curso de aperfeiçoamento: desenvolvimento de curso, em convênio com a UFRGS, para aprimoramento dos conhecimentos e desenvolvimento de competências para a função “apoio”;
- VI. Treinamentos internos: capacitações acerca de temas e ferramentas de interesse para os técnicos do Departamento e afetos à implementação do COAP (Mapa da Saúde, SargSUS, Planejamento Regional Integrado e outros);

- VII. Encontros do AI/MS: reuniões do coletivo de apoiadores do Ministério da Saúde para troca de informações e experiências afetas à gestão do SUS no âmbito de cada estado;
- VIII. Oficinas Nacionais do AI: participação no planejamento, organização e realização das Oficinas Nacionais do AI do MS.

DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO – M&A

Algumas considerações teórico-conceituais são necessárias para que possamos ordenar o ponto de partida para a estruturação das ações e instrumentos deste eixo.

Monitoramento é a observação rotineira e o registro sistemático das atividades orientadas pelo processo de planejamento, pelo qual informações acerca dos diferentes aspectos do processo são acumuladas e informações são geradas, subsidiando a tomada de decisão. É um inestimável processo para um bom gerenciamento visando a melhoria contínua, além de subsidiar o processo de avaliação.

Já a Avaliação consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma determinada intervenção, em um determinado tempo, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações sobre a mesma ou qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de apoiar a tomada de decisão dos diferentes atores envolvidos.. Assim, poder-se-á construir, individual ou coletivamente, uma avaliação que se traduza em ações de manutenção ou correção. A avaliação deve ser entendida como um processo rotineiro e indispensável à formulação, implementação e melhoria das ações, contribuindo para o aperfeiçoamento das decisões.

Diante disso, foram estabelecidas as seguintes diretrizes para o M&A do AI no DAI:

- Utilização de metodologias de Monitoramento e Avaliação eficazes;
- Definição de indicadores com parâmetros e limites por meio de processos negociados e interativos, que envolvam os principais interessados (dirigentes apoiadores e beneficiados);
- Compartilhamento dos resultados do M&A ao longo do processo.

Assim, no processo de planejamento da agenda do Apoio Integrado do DAI/SGEP, foram definidos 04 objetivos gerais a serem alcançados pela equipe de apoiadores em seus respectivos estados de referência:

- 1) Fortalecer a governança regional;
- 2) Implementar o processo de planejamento regional integrado;
- 3) Promover a implantação do COAP; e,
- 4) Apoiar o processo de transição dos instrumentos da gestão interfederativa.

As estratégias pensadas e/ou definidas para cada um destes objetivos relacionam-se a:

- 1) Apoiar a instituição da avaliação de Regiões de Saúde;
- 2) Apoiar a utilização dos instrumentos de planejamento do SUS;
- 3) Apoiar o funcionamento das Comissões Intergestores Regionais (CIR);
- 4) Incentivar a captação dos recursos definidos na Portaria nº 2.979/2011 para que os seus resultados sejam alcançados;
- 5) Apoiar o cadastramento de todas as SMS e CMS no Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão – SargSUS e fomentar a sua utilização;
- 6) Apoiar a construção do Mapa da Saúde na identificação das necessidades em saúde para cada região de saúde;
- 7) Apoiar a discussão do processo de pactuação de diretrizes, objetivos, metas e indicadores previstos para o COAP e a articulação das diversas programações para o alcance das metas;
- 8) Apoiar a discussão das responsabilidades sanitárias previstas nas regras de transição, bem como o processo de pactuação de metas previstas para este período;
- 9) Incentivar a discussão do Decreto 7508/11 com os diversos segmentos organizados da sociedade e órgãos de controle.

A tarefa de desenvolver processos e práticas de monitoramento e avaliação é desafiadora considerando que, no setor público, apesar de existir algum acúmulo de experiência, a cultura de monitoramento e avaliação é ainda bastante incipiente e considerada uma prática não incorporada na agenda estratégica da gestão. Entretanto, estes processos devem ser parte integrante do processo de formulação de políticas públicas, com vistas à geração de resultados para a sociedade por meio da utilização de informações adequadas e em tempo oportuno para a tomada de decisão.

Neste sentido, o DAI/SGEP vem buscando superar esta realidade por meio do desenvolvimento de estratégias de acompanhamento das atividades do apoio interfederativo aos estados e municípios, a partir de aspectos pré-definidos no processo de planejamento estratégico da agenda do apoio.

É importante que estes processos sejam aprimorados, de forma interativa e participativa entre dirigentes e técnicos de todas as Coordenações, o que facilitará e potencializará a incorporação de sua prática e, conseqüentemente, de seus resultados.

A AGENDA DO APOIADOR DO DAI

O COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde é um 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. Nele estão definidas responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. Atende a três pontos essenciais: integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde nas regiões de saúde, garantir a transparência na pactuação e aplicação dos recursos e orientar e ordenar os fluxos de ações e serviços de saúde.

Para o processo de planejamento integrado regional devem ser identificadas as necessidades de saúde da população na região de saúde e de gestão, considerando a sua capacidade instalada, de modo a identificar vazios assistenciais e, assim, direcionar os investimentos necessários para ofertar serviços de qualidade e em tempo oportuno aos seus cidadãos, sempre de acordo com a racionalidade dos gastos, a otimização dos recursos, a economia de escala e a eficiência do sistema.

Para efetivar a governança na região de saúde é necessário que a Comissão Intergestores Regional – CIR - construa, de forma compartilhada e solidária, os processos de gestão regional, devendo:

I – pactuar sobre:

- a) rol de **ações e serviços que serão ofertados** na respectiva região de saúde e suas referências interregionais, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES);
- b) elenco de **medicamentos que serão ofertados** na respectiva região de saúde e suas referências interregionais, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);

- c) **critérios de acessibilidade e escala** para a conformação dos serviços;
- d) **planejamento regional integrado** de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus **Planos de Saúde**, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
- e) diretrizes regionais a respeito da **organização das redes de atenção à saúde**, de acordo com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos na região de saúde;
- f) **responsabilidades individuais e solidárias** de cada ente federativo na região de saúde, definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, que deverão estar expressas no COAP;

II - incentivar **a participação da comunidade**, em atenção ao disposto no art. 37 do Decreto nº 7.508, de 2011;

IV - elaborar seu **regimento interno**; e

V - criar **câmaras técnicas** permanentes para assessoramento, apoio e análise técnica dos temas da pauta da CIR.

A modelagem proposta para o processo de contratualização, como parte da agenda do apoiador do DAI, orientada pela estrutura do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde:

1. Territorialização

1.1. Competências da CIR.

1.2. Construção do Mapa da Saúde:

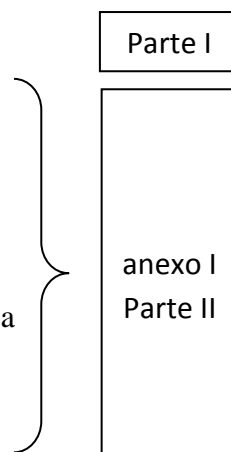
1.2.1. Dados demográficos.

1.2.2. Dados epidemiológicos.

1.2.3. Dados socioeconômicos.

1.2.4. Dados referentes ao conjunto de objetivos/metas a serem pactuadas em cada região de saúde.

1.3. Análise de situação de Saúde.



2. Planejamento regional integrado

2.1. Metas regionais a serem pactuadas, de acordo com os objetivos/diretrizes nacionais pactuadas, além da identificação de outras específicas e relevantes para a região de saúde.

Corpo
Parte II

2.2. Programação:

2.2.1. Ações programadas na região como compromissos de cada ente federativo (municípios da região, estado e União), de acordo com a RENASES, RENAME.

2.2.2. Quadro de Investimentos (físico e financeiro) necessários para o fortalecimento do sistema regional.

Anexo II
Parte II

2.3. Referenciamento necessário para atendimento da integralidade da atenção à saúde, direito garantido constitucionalmente e descrito na RENASES.

2.3.1. Quadro dos serviços existentes, com informações da gestão e gerência de cada serviço (indicando a necessidade de se estabelecerem Protocolos de Cooperação entre Entes Públicos) e as referências pactuadas tanto para a população dos municípios da região de saúde, bem como para população de municípios de outras regiões, conforme pactuações programadas anteriormente (PPI e outras).

2.3.2. Quadro dos serviços de municípios de outras regiões de saúde que serão referência para a população da região de saúde, para atendimento da integralidade, nas ações e serviços que a região não ofereça, de acordo com a RENASES.

Anexo III
Parte II

3. Financiamento

3.1. Quadro dos compromissos de cada um no financiamento da rede de atenção à saúde.

3.2. Quadro dos compromissos orçamentários para os investimentos necessários

Parte III

4. Monitoramento, Avaliação de Desempenho e auditoria.

4.1. Monitoramento e avaliação das metas e responsabilidades pactuadas regionalmente.

4.2. Avaliação de desempenho utilizando o IDSUS – Indicador de Desempenho do SUS..

Parte IV

4.3. Auditoria na forma dos seus regramentos de controle interno.

A agenda do apoiador do DAI deverá estar pautada pelo apoio aos processos de qualificação da gestão do SUS, neste momento de transição, de alguns processos organizativos do SUS:

1. Apoiar a constituição das regiões de saúde, como espaços privilegiados de construção das políticas públicas para a garantia de direitos sociais, por meio das Comissões Intergestores Regional.
 - a. Auxiliar no processo de avaliação das regiões de saúde, de acordo com o documento produzido pelo Departamento (Anexo I).
 - b. Auxiliar no fortalecimento das CIR, orientar a implantação de câmara técnica ou estrutura equivalente, elaboração/revisão de regimentos internos.
2. Apoiar o processo de planejamento regional, por meio do fortalecimento dos instrumentos de planejamento do SUS em cada esfera.
 - a. Apoiar todos os municípios para que tenham o seu Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão, encaminhados ao Conselho de Saúde para aprovação.
 - b. Apoiar a utilização do SARGSUS como ferramenta de registro dos Relatórios de Gestão.
 - c. Apoiar a utilização do Mapa da Saúde como ferramenta de apoio para a identificação de necessidades de saúde e de gestão.
 - d. Auxiliar na elaboração do mapa da saúde nas regiões
 - e. Apoiar a articulação das programações de saúde, orientadas pelos objetivos e respectivas metas de cada diretriz do Plano de Saúde.
3. Apoiar o processo de negociação e pactuação entre entes federativos.
 - a. Apoiar a construção de consensos interfederativos regionais quando da construção e implementação dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde.
4. Apoiar os processos de monitoramento e avaliação das metas pactuadas e dos compromissos assumidos por cada ente federativo, regionalmente.

PLANO DE AÇÃO DO APOIO INTEGRADO DAI/SGEP

Objetivo: auxiliar no Planejamento, monitoramento e avaliação do trabalho do Apoio Institucional - DAI/SGEP numa dada base territorial. Orienta-se pelas diretrizes do Apoio Integrado do MS, pelas 14 diretrizes nacionais aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, a implementação das RAS e a implementação dos dispositivos do Decreto 7.508/2011, com ênfase na contratualização entre os entes federados através do COAP.

UF: (Estado a que se refere o plano de trabalho)			
Período de Referência: (mês e ano)			
Análise de Cenário Geral: Cenário político, problemas em foco, situação atual das frentes de trabalho em andamento, dificuldades e desafios. A análise de Cenário Geral do Estado ou da Região é composta pelas informações disponibilizadas na Sala de Situação, Mapa de Saúde e outros sistemas de informação.			
Objetivos	Ações	Parâmetro	Referências normativas
Governança Regional	Incentivar e apoiar processos de avaliação do funcionamento das Regiões de Saúde Apoiar a estruturação e o funcionamento das CIR (regimento interno, existência de câmaras técnicas permanentes de assessoramento, demais competências da CIR) Estimular participação social no âmbito regional Disponibilizar canais de comunicação com os cidadãos, através da implantação de ouvidorias Apoiar a utilização dos recursos federais repassados de acordo com a Portaria 2.979/11 Apoiar na implantação dos Comitês de Promoção da Equidade Incentiva e apoiar a realização das Conferências Municipais/Estadual de Saúde Estimular o cadastramento dos Conselhos de Saúde no SIACS (Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde) Acompanhar o processo de implantação do Cartão Nacional de Saúde	Interlocutor estadual e do Cosems definido 100% das regiões de saúde avaliadas 100% das CIR com regimento interno pactuado na CIR e CIB 100% dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS 80% dos recursos executados	Bases e método para avaliar as regiões de saúde Resolução CIT nº 01/11 Parte I do COAP
Bases para Planejamento Regional Integrado	Apoiar a elaboração e utilização dos instrumentos de planejamento de cada ente federado (PMS, PAS e RAG) Fomentar a utilização do SARGSUS para elaboração do RAG Apoiar a utilização do MAPA da SAÚDE como ferramenta de apoio à análise da situação de saúde Apoiar a discussão dos determinantes sociais da saúde	100% dos municípios com PMS e RAG elaborados e enviados ao Conselho de Saúde 100% dos municípios e CMS cadastrados e utilizando o SARGSUS 100% das regiões de saúde com Mapa da Saúde construído	Diretrizes para a conformação do Mapa da Saúde e planejamento em saúde LC 141/12 Anexo I da Parte II do COAP
Implementação do processo de Pactuação Interfederativa	Apoiar o processo de pactuação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores da Saúde e o seu registro no SISPACTO/COAP Apoiar a discussão dos compromissos necessários para o alcance das metas regionais pactuadas, de cada ente federado, relacionando-os às responsabilidades explícitas na parte I do COAP. Induzir a articulação das programações de ações e serviços já existentes (Ex. redes temáticas) aos objetivos/metad do COAP, no apoio à elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços. Apoiar a discussão do processo de monitoramento do COAP	100% dos municípios e estados com metas pactuadas, inseridas no SISPACTO Agenda de cooperação interfederativa elaborada Formalização de grupo condutor do processo de contratualização interferitivo (SES, Cosems e MS)	Documento pactuado com as regras de transição Parte I do COAP Parte II, Anexo II e III do COAP Parte III e IV do COAP RENASES

ANEXO I

BASES PARA AVALIAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE

1. A Regionalização no SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido, na Constituição Federal, como um conjunto de ações e serviços de saúde, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, onde o direito à saúde deve se efetivar, por meio da implementação das políticas de saúde.

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS devem, de acordo com a Lei 8080/90, ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda a alguns princípios, entre eles, a descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

As Normas Operacionais do SUS (NOB e NOAS) reforçaram a regionalização como fundamento do SUS, estabelecendo instrumentos de planejamento e gestão para a conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde, com destaque para o Plano Diretor de Regionalização (PDR).

O Pacto pela Saúde em 2006 reafirma a regionalização como diretriz estruturante do Pacto de Gestão, incluindo-a como um dos eixos das responsabilidades sanitárias no Termo de Compromisso de Gestão (TCG), orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde e inova ao estabelecer, no âmbito de cada região de saúde, a constituição do Colegiado de Gestão Regional (CGR) como a instância de pactuação e negociação entre os gestores, orientada pela busca de relações solidárias e cooperativas, no que diz respeito à organização das ações e serviços de saúde em rede na região.

Em continuidade ao processo permanente de aperfeiçoamento do SUS foi publicado, em 2011, o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080/90 e definiu a Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”, além de instituir as Comissões Intergestores Regionais como as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, na região de saúde, em consonância com o estabelecido nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

Este conceito orientou a pactuação das diretrizes gerais para instituição de regiões de saúde no âmbito do SUS, entre os seus gestores, conforme Resolução CIT nº 01/2011, definindo como objetivos para a sua organização:

- a) Garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em redes de atenção à saúde, assegurando-se um padrão de integralidade;
- b) Efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; e

- c) Buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e eficiência na rede de atenção à saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros entre outros, de modo a reduzir as desigualdades locais e regionais.

Destacam-se como diretrizes para este processo, já pactuadas entre os gestores do SUS, por meio da Resolução CIT nº 01/11:

- avaliação do funcionamento das atuais regiões de saúde, por Estados e Municípios, a ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite, para cumprimento do art.5º do Decreto 7.508, devendo estas informar à Comissão Intergestores Tripartite.
- delimitação das regiões de saúde a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, de modo a imprimir unicidade ao território regional ;
- observância das políticas de saúde na organização e execução das ações e serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de outros que venham a ser pactuados, que garantam o acesso resolutivo e em tempo oportuno;
- reconhecimento de necessidades econômicas, sociais e de saúde da população na região e pactuação dos fluxos assistenciais;
- instituição, quanto à composição político-administrativa, de regiões de saúde intraestaduais, quando dentro de um mesmo Estado, e interestaduais, quando os partícipes se situarem em 2 (dois) ou mais Estados; e
- constituição da Comissão Intergestores Regional (CIR) como foro interfederativo regional de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em rede de atenção à saúde, composta por todos os gestores municipais da região de saúde e o(s) gestor(es) estadual(is) ou seu(s) representante(s).

Bem como as atribuições esperadas de cada CIR:

- I – pactuar sobre:
 - a) rol de ações e serviços que serão ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES);
 - b) elenco de medicamentos que serão ofertados na respectiva região de saúde, com base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);
 - c) critérios de acessibilidade e escala para a conformação dos serviços;
 - d) planejamento regional de acordo com a definição da política de saúde de cada ente federativo, consubstanciada em seus Planos de Saúde, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde;
 - e) diretrizes regionais a respeito da organização das redes de atenção à saúde, de acordo com a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, principalmente no tocante à gestão

institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos na região de saúde;

- f) responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo na região de saúde, definidas a partir da Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, que deverão estar expressas no COAP;
- g) diretrizes complementares às nacionais e estaduais para o fortalecimento da cogestão regional;

- II - monitorar e avaliar a execução do COAP e em particular o acesso às ações e aos serviços de saúde;
- III - incentivar a participação da comunidade, em atenção ao disposto no art. 37 do Decreto nº 7.508, de 2011;
- IV - elaborar seu regimento interno; e
- V - criar câmaras técnicas permanentes para assessoramento, apoio e análise técnica dos temas da pauta da CIR.

No processo de regionalização, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) assume importante papel na definição das diretrizes estaduais e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos.

No período de 2009 a 2010, o Ministério da Saúde em parceria com o DMP/FM/USP e a ENSP/Fiocruz, realizou a pesquisa *“Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): as CIBs e os modelos de indução da regionalização do SUS”*, com o objetivo de mapear os processos de regionalização em curso nos estados, e identificar a dinâmica de funcionamento das CIB e suas inter-relações com os processos de regionalização nos estados.

Os resultados da pesquisa sugerem ganhos de institucionalidade do processo de regionalização mesmo em contextos histórico-estruturais e político-institucionais desfavoráveis, entretanto, tais dificuldades comprometem maiores avanços e a sustentabilidade da política desenvolvida em muitas regiões. Por outro lado, percebeu-se certo reducionismo da concepção de regiões de saúde, ao se dar preponderância à lógica organizativa baseada em redes e fluxos.

A partir destes resultados, foram identificadas algumas necessidades, com destaque para:

- a) Fortalecer o enfoque integrado no planejamento das políticas sociais e econômicas de modo a articular os diversos campos da atenção à saúde e um novo modelo de financiamento no âmbito regional; e
- b) Valorizar, atualizar e diversificar as estratégias e instrumentos de indução e coordenação da regionalização, que envolvem estruturas de pactuação federativa, criação de novos mecanismos de apoio aos processos, construção de abordagens diferenciadas segundo os estágios e modelos de regionalização identificados nos estados, e fortalecimento do planejamento e da regulação.

Em 2011, o Departamento de Articulação Interfederativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (DAI\SGEP\MS), realizou oficinas envolvendo todas as Secretarias Estaduais de Saúde e Cosems, para discussão da Regionalização no contexto da Articulação Interfederativa, a partir dos atuais desafios colocados, no sentido de garantir o direito à saúde, com acesso e qualidade.

Na ocasião, cada Estado/Cosems apresentou o atual processo de regionalização instituído, de acordo com algumas perguntas orientadoras, cujo resultado é apresentado abaixo:

a) Importância do processo de Regionalização, como diretriz estruturante da descentralização de ações e serviços:

- Garantir o direito à saúde, promovendo a equidade e contribuindo para a redução de desigualdades sociais;
 - Diminuir vazios assistenciais
 - Garantir o acesso resolutivo
 - Permitir uma gestão solidária, cooperativa com compartilhamento de responsabilidades
- Organizar ações e serviços de saúde em rede de atenção;
- Direcionar investimentos;
- Fortalecer o processo de descentralização e o papel do Estado e dos municípios ;
- Intensificar a negociação e pactuação entre gestores.

b) Parâmetros que orientaram a configuração das regiões e a constituição dos respectivos colegiados de gestão regional:

- Critério populacional
- Critérios de escala e escopo
- Fluxos assistenciais
- Contigüidade territorial
- Malha viária (rede de transporte)
- Rede de comunicação
- Acessibilidade
- Suficiência da atenção básica e realização de parte da média complexidade
- Perfil socioeconômico e cultural
- Perfil epidemiológico

c) Como garantir a “governança” de uma região de saúde, dadas as características federalistas de nosso país:

- Institucionalizar a CIR
- Garantir as pactuações entre regiões na CIB
- Ter maior participação do gestor estadual
- Criar Câmaras Técnicas
- Garantir a continuidade de projetos regionais, pelos membros da CIR
- Ampliar a participação de outros atores no processo de governança regional (Conselhos de Saúde, movimentos sociais, iniciativa privada, etc)
- Estabelecer parcerias entre SES, Regionais do Estado e Cosems
- Contar com apoiadores de campo
- Existência de Consórcios Públicos
- Existência de Ouvidorias

d) Quais as inquietudes e desafios colocados hoje para este processo:

- Fortalecer as CIR
- Desenvolver cultura solidária entre os entes federados, bem como definir as reais responsabilidades sanitárias de cada um
- Cumprir as pactuações entre gestores na região de saúde
- Garantir a pactuação entre regiões de saúde intraestaduais e interestaduais
- Superar as dificuldades de acesso e deslocamento no território
- Desconcentrar serviços de saúde
- Ampliar a descentralização de serviços de média complexidade
- Ampliar a capacidade instalada
- Financiar adequadamente
- Articular regiões de saúde e regiões administrativas do Estado
- Evitar a interferência de fatores político-partidários
- Construir regiões de saúde interestaduais
- Implantar processo de regulação
- Regular os prestadores privados
- Consolidar a Atenção Básica como ordenadora da rede de atenção à saúde
- Qualificar os gestores e servidores da saúde
- Interiorizar e fixar profissionais
- Instituir processos de monitoramento e avaliação
- Utilizar os instrumentos de planejamento e gestão
- Garantir a participação e controle social

Podemos perceber que os desafios expressos pelos Estados e Cosems nesta ocasião refletem as necessidades já apontadas pela pesquisa realizada em 2009/2010.

Ainda em 2011, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS/SE) desenvolveu o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), componente do Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, tendo sido pactuado na última reunião tripartite do ano, 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. Foi construída ainda uma metodologia para a criação de grupos homogêneos de municípios, possibilitando uma análise comparativa entre aqueles com características similares, a partir dos resultados do IDSUS.

Como se pode verificar, existe uma gama de processos em curso que apontam a importância da regionalização da saúde e a necessidade de sistematização de algumas informações, que permitam estabelecer mecanismos de constante avaliação deste processo.

Desde o Pacto pela Saúde em 2006, os Estados vêm informando, à CIT, o desenho regional de seu território, sendo que nestes 2 últimos anos, o desenho, em cada Estado, vem se modificando, como se pode observar na tabela abaixo:

UF	2007	2008	2009	2010	2011	2012	N° Mun/Região	
							Mín	Máx
AC				3	3	3	4	10
AM				7	9	9	5	12
AP			3	3	3	3	4	7
PA			19	19	23	12	5	22
RO		6	6	6	6	6	5	15
RR					2	2	6	9
TO	15	15	15	15	15	8	12	24
NORTE	15	21	43	53	61	43	4	24
AL	5	5	5	5	10	10	7	17
BA	30	28	28	28	28	28	6	28
CE	22	22	22	22	22	22	4	24
MA					19	19	4	17
PB		25	25	25	25	16	6	25
PE		11	11	11	11	12	7	32
PI	2	2	9	11	11	11	5	42
RN			8	8	8	8	5	36
SE			7	7	7	7	6	16
NORDESTE	59	93	115	117	141	133	4	42
DF						1		
GO	16	16	16	16	16	17	5	26
MS	3	3	3	3	3	4	2	33
MT	16	16	16	14	14	16	4	19
CENTRO-OESTE	35	35	35	33	33	38	2	33
ES		8	8	8	8	4	14	26
MG	75	75	75	76	76	77	3	33
RJ			9	9	9	9	3	16
SP	64	64	64	62	64	63	1	20
SUDESTE	139	147	156	155	157	153	1	33
PR	22	22	22	22	22	22	7	30
RS	19	19	19	19	19	30	6	40
SC	15	15	16	16	16	16	11	30
SUL	56	56	57	57	57	68	6	40
BR	304	352	406	415	449	435	1	42

Fonte: DAI/SGEP/MS; outubro de 2012

Modificações da configuração regional de saúde no ano de 2012

Região Geográfica	Estado	Nº de Regiões de Saúde (CIR)											Alteração			
		2011	2012													
			Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out				
Norte	AC	3														
	AM	9														
	AP	3														
	PA	23				12										Reduziu de 23 para 12 regiões
	RO	6														
	RR	2			2											Alterou a composição das regiões
	TO	15									8					Reduziu de 15 para 08 regiões
Nordeste	AL	10														
	BA	28								28						Alterou a composição das regiões
	CE	22		22												Alterou a composição das regiões
	MA	19														
	PB	25	16													Reduziu de 23 para 16 regiões
	PE	11	12													Aumentou de 11 para 12 regiões
	PI	11														
	RN	8														
SE	7															
Centro-oeste	DF		1													reconhecida 01 região para efeitos do Decreto 7508
	GO	16		17												Aumentou de 16 para 17 regiões
	MS	3							4							Aumentou de 03 para 04 regiões
	MT	14				16										Aumentou de 14 para 16 regiões
Sudeste	ES	8			4											Reduziu de 08 para 04 regiões
	MG	76		77												Aumentou de 76 para 77 regiões
	RJ	9														
	SP	64		63												Reduziu de 64 para 63 regiões
Sul	PR	22														
	RS	19										30				Aumentou de 19 para 30 regiões
	SC	16														
Brasil	449	433	443	439	430			431		431	435					

Fonte: DAI/SGEP/MS; outubro de 2012

2. Avaliação: aspectos conceituais

É importante estabelecer alguns pressupostos teóricos que embasaram a proposta doravante apresentada, para um melhor entendimento e, assim, possibilitar um melhor valor de uso, por aqueles diretamente envolvidos neste processo. Vale destacar que esta proposta de avaliação tem a intenção de fornecer informações àqueles que trabalham diretamente com o processo de regionalização, contribuindo, assim, para um processo permanente de qualificação.

Algumas questões: o que entendemos por monitorar e avaliar, qual a finalidade desses processos?

Partimos da noção de que, monitorar consiste no acompanhamento sistemático de algumas características relacionadas a uma determinada intervenção¹, produzindo informações para a realização de uma avaliação, mas não corresponder necessariamente à implementação da mesma. Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre essa intervenção, em um determinado ponto do tempo, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações sobre a mesma ou qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, estejam aptos a se posicionar sobre ela, para que possam construir, individual ou coletivamente, um julgamento que se traduza em ações. A avaliação assim pensada possibilita que seja utilizada como uma ferramenta habitual indispensável à formulação, implementação e melhoria das ações e assim, contribuir com o aperfeiçoamento das decisões (Figura 1).

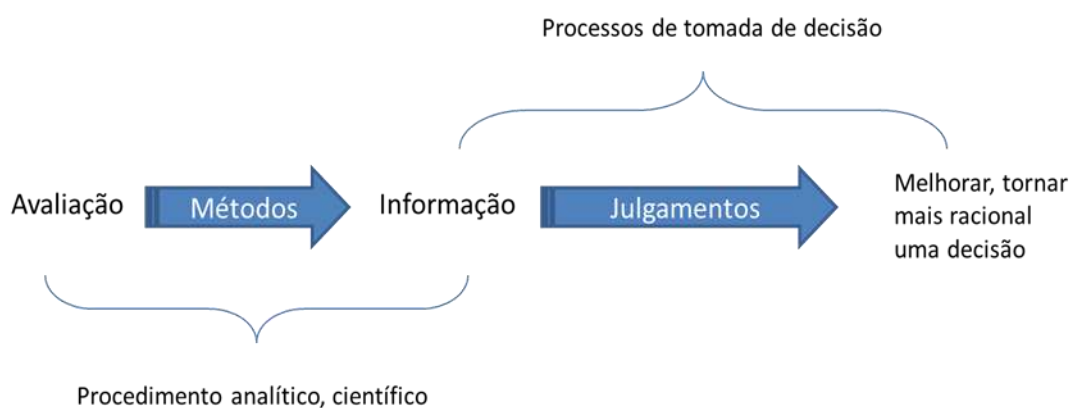


Figura 1: Avaliação e decisões

Fonte: Avaliação: conceitos e métodos

BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011

A construção de um modelo lógico será importante para sintetizar, num esquema visual, o modo como a regionalização deve ser implementada e quais as estratégias a serem desenvolvidas para alcançar os seus objetivos. Vale lembrar que o modelo lógico a ser apresentado tão somente será um recorte de uma realidade a ser avaliada, com base na demanda que a originou, qual seja, a de avaliar a conformação das regiões de saúde de acordo com o disposto no Decreto

¹ Uma intervenção pode ser concebida como um sistema organizado de ação, que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. (Avaliação: conceitos e métodos – Astrid Brousselle, François Champagne, André Pierre Contandriopoulos, Zulmira Hartz, 2011)

7.508/11 e resolução tripartite das diretrizes para a organização das regiões de saúde no SUS e teve como premissas, as questões colocadas, por ocasião do ciclo de debates, pelos Estados e Cosems, em 2011.

A avaliação do tipo normativa (figura 2), na medida em que se baseia na comparação dos componentes da regionalização no que diz respeito a seus critérios e normas, atenderia à necessidade de verificar se a conformação das regiões de saúde corresponde à expectativa criada sobre elas; entendendo que critérios são indicadores ou características mensuráveis; e normas ou padrões são valores aceitáveis do critério, em função do contexto. No entanto, considerando a complexidade do processo de regionalização e a falta de informações nacionais sistematizadas, optou-se por uma matriz que contenha as características ou processos importantes do ponto de vista da instituição das regiões de saúde, que possibilite o seu monitoramento e a estruturação de um conjunto de informações que possa ser utilizado para futuras avaliações.

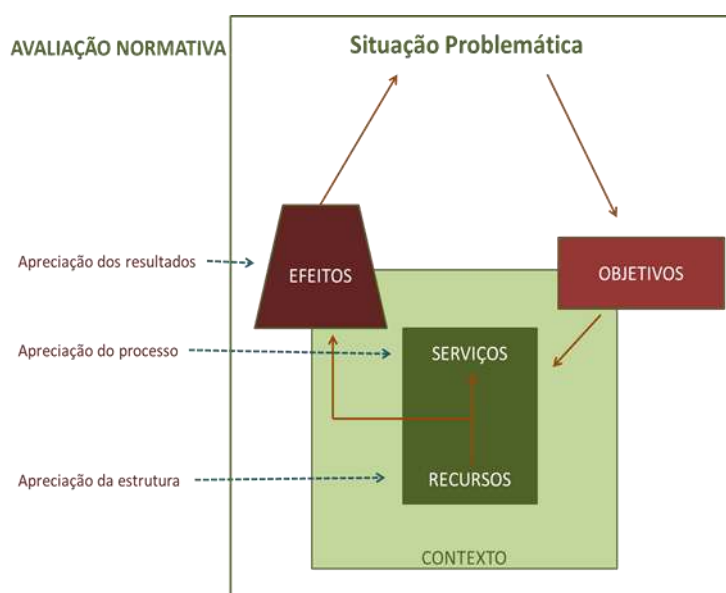


Figura 2: A avaliação normativa de uma intervenção

Fonte: Avaliação: conceitos e métodos

BROUSSELLE; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; HARTZ, 2011

3. Proposta de Modelo para o Monitoramento das Regiões de Saúde

São 3 os níveis da federação brasileira, com autonomia político-administrativa, apontando a necessidade de coordenação de atividades entre eles, reconhecida a sua relação de interdependência, como possibilidade de maior potencialização em torno de objetivos comuns, mediante acordos intergovernamentais. O município está na base territorial onde as pessoas vivem, trabalham, adoecem, constroem seus relacionamentos, transitam pelo território nacional para além de suas divisas político-administrativas, utilizam espaços de cultura e lazer. A organização do território em regiões de saúde, como um agrupamento de municípios, vem atender à necessidade de se ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde, desafio permanente na consolidação do Sistema Único de Saúde. Constituem-se,

então, como objetivos últimos para a organização das regiões de saúde, garantir o acesso da população a ações e serviços de saúde, em tempo oportuno e com qualidade, efetivar o processo de descentralização e reduzir as desigualdades regionais, a partir das discussões/pactuações e compromissos assumidos entre os gestores, de um planejamento regional para a organização da rede de atenção à saúde na região, ordenada pela atenção básica, de acordo com as políticas de saúde aprovadas nos Planos de Saúde de cada ente federativo.

Partindo, então, do conceito de Região de Saúde estabelecido no Decreto 7508/11: “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”, bem como as diretrizes estabelecidas e pactuadas entre os gestores para a organização das regiões de saúde, propomos a divisão de 2 componentes ou dimensões, para esta intervenção: um componente que diz respeito a processos de gestão e outro que diz respeito a processos de atenção à saúde.

No componente da gestão foram identificadas áreas particulares de atuação, ligadas a espaços da gestão compartilhada, onde se manifestam diferentes interesses de distintos atores sociais, expressando relações de poder no âmbito da articulação interfederativa, expressas nas normas já citadas anteriormente, a que chamamos de sub-componentes. Foram, então, identificados 5 sub-componentes: **territorial**, que traz informações relativas à delimitação do espaço geográfico contínuo, enquanto um conjunto de municípios limítrofes, para a definição de responsabilidades; **planejamento**, enquanto processo vital da gestão, que permite imprimir qualidade à implementação das políticas de saúde definidas para aquele território; **governança**, essencial na sustentação da gestão compartilhada, solidária e efetiva para o alcance de bons resultados; **participação social**, fundamental para o alinhamento das necessidades e o compromisso com o bem público, a partir da participação dos cidadãos na avaliação das ações e serviços de saúde; e, por fim, o **financiamento**, que possibilitará a implementação das políticas públicas de saúde na região.

No componente da atenção à saúde, foram identificados 5 sub-componentes, cada um ligado à produção de ações e serviços de saúde, na lógica apresentada no Decreto 7.508/11, qual seja, a produção de ações na atenção básica, na atenção psicossocial, na vigilância em saúde, na urgência-emergência, na atenção ambulatorial especializada e na atenção hospitalar.

É então proposto o seguinte modelo lógico e matriz avaliativa, com os respectivos critérios de avaliação, que possibilitará o monitoramento das informações referentes à instituição das regiões de saúde no país e possíveis avaliações:

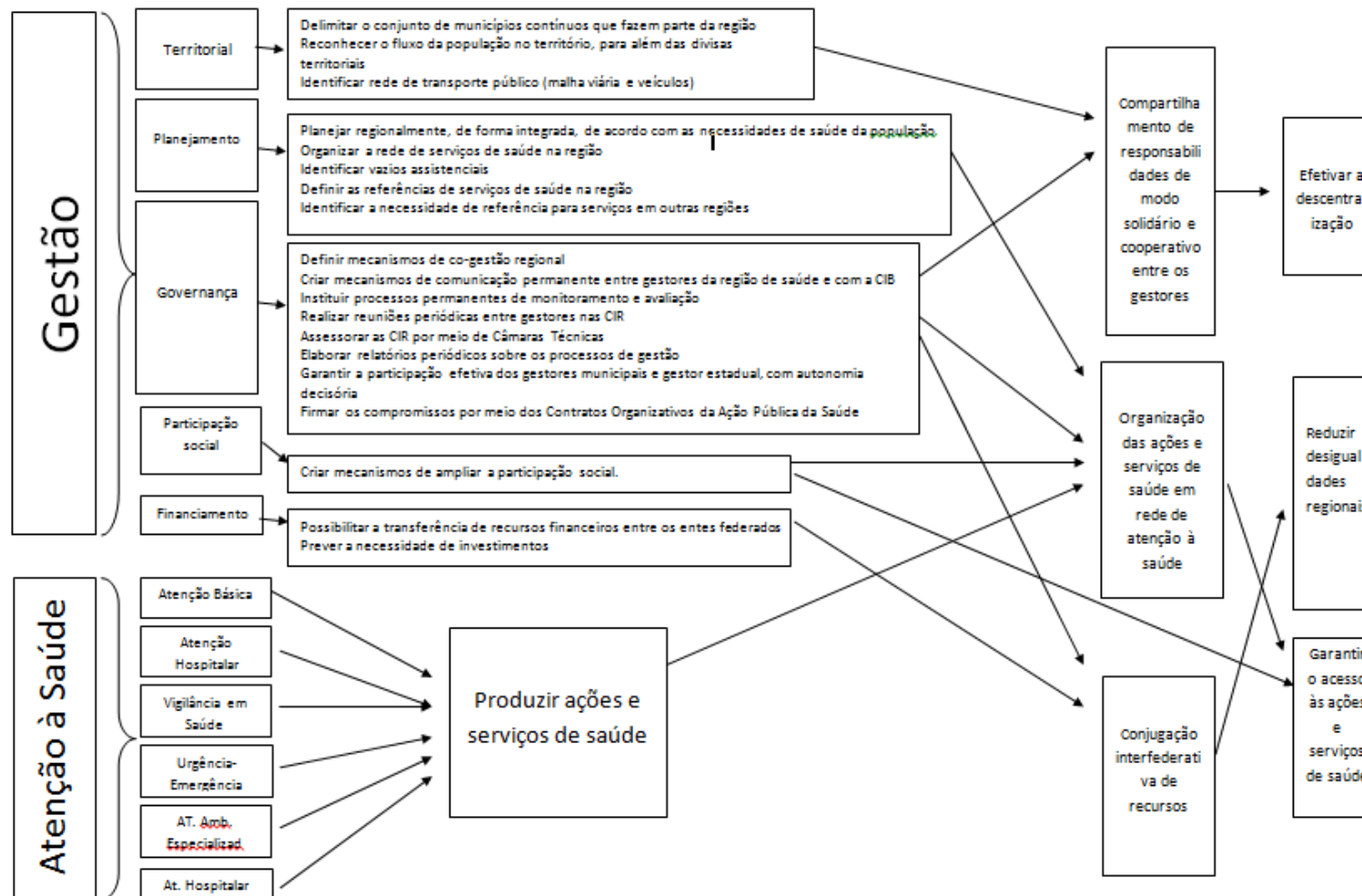


FIGURA 3: Modelo Lógico da instituição das regiões de saúde Fonte: CGCI/DAI/SGEP/MS

Matriz de monitoramento para avaliação das regiões de saúde:

Componentes	Sub-componentes	Critérios para o Monitoramento
Gestão	Territorial	Existe continuidade territorial entre municípios que compõem a região de saúde?
		Existe infraestrutura de transporte público (malha viária e veículos), que permita o deslocamento dos cidadãos no território?
		Há a utilização cotidiana e significativa de serviços (trabalho, lazer, cultura, saúde, educação e outros) por parte da população da região de saúde, em município(s) de outra(s) região(ões) do estado?
		Há a utilização cotidiana e significativa de serviços (trabalho, lazer, cultura, saúde, educação e outros) da população da região de saúde em município(s) de outro(s) estado(s)?
	Planejamento	Todos os municípios da região de saúde têm Plano Municipal de Saúde para o período vigente apreciado no CMS?
		Existe um plano regional de Redes de Atenção à Saúde, discutido na CIR?
	Governança	Foram discutidos, na região de saúde, processos para o fortalecimento da co-gestão regional?
		Existe um regimento interno para o funcionamento da CIR, pactuado na região de saúde?
		Todas as Secretarias Municipais de Saúde da região têm acesso à internet?
		Todos os secretários municipais de saúde participam das reuniões da CIR?
		As resoluções da CIR são publicadas?
		A CIR conta com Câmaras Técnicas ou estrutura equivalente?
		A CIR discute e organiza o planejamento da região de saúde?
		A CIR acompanha as pactuações da CIB?
Cada município da região de saúde detém a gestão municipal de, pelo menos, 75% dos estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS?		
Participação social	Existem mecanismos que ampliem a participação social, tais como Ouvidorias e/ou outros, em mais de 75% dos municípios da região?	
Financiamento	Foi identificada a necessidade de investimentos na rede de serviços da região de saúde?	
Atenção à Saúde	Atenção Básica	Existem ações e serviços de atenção básica?
	Vigilância em saúde	Existem ações e serviços de vigilância em saúde?
	Atenção Psicossocial	Existem ações e serviços de atenção psicossocial?
	Urgência-Emergência	Existem ações e serviços de urgência-emergência?
	Atenção Ambulatorial Especializada	Existem ações e serviços de atenção ambulatorial especializada?
	Atenção Hospitalar	Existem ações e serviços de atenção hospitalar?

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Senado Federal, 2011.

_____. Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990.

_____. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990.

_____. Decreto n.7.508, de 28 de junho de 2011.

_____. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Resolução n. 01, de 29 de setembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Série Pactos pela Saúde. Regionalização Solidária e Cooperativa: Orientações para sua implementação no SUS. Brasília, 2007. v.3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Série Pactos pela Saúde. Colegiado de Gestão Regional na Região de Saúde Intraestadual: Orientações para organização e funcionamento. Brasília, 2009. v.10.

BROUSSELLE, Astrid et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

HARTZ, Zulmira M.A. de; SILVA, Ligia M.V. da. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

REIS, Yluska Almeida Coelho dos. **Regionalização da assistência à saúde: uma análise de intervenção**. Recife: FIOCRUZ, 2008. 92p.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi et al. **Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2011. Disponível em http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=9311.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. 216p.