

---

# DIRETRIZES DO APOIO INTEGRADO PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DA ATENÇÃO NO SUS

---

Uma das estratégias utilizada pelo Ministério da Saúde no processo de cooperação a Estados e Municípios, como forma de potencializar a sua ação.

---

Brasília, 2013

---

**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**  
**Departamento de Articulação Interfederativa**  
**Coordenação-Geral de Cooperação Interfederativa**

Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Edifício Sede.  
2º andar. Sala 221  
CEP:70.058-900, Brasília-DF  
Fone: (61) 3315-2649  
Fax: (61) 3226-9737  
Correio eletrônico: [cgi.dai@saude.gov.br](mailto:cgi.dai@saude.gov.br)  
Endereço eletrônico: <<http://www.saude.gov.br/dai>>

**Direção:**

André Luis Bonifácio de Carvalho

**Coordenação:**

Isabel Maria Vilas Boas Senra

**Equipe técnica da CGCI:**

Alvimar Botega  
Elaine Mendonça dos Santos  
Kelly Karinnie Ferreira Campos Alvarenga  
Mariana Schneider  
Rodrigo Hitoshi Dias  
Rommer Fabiano Mont'Morency Rosado Vieira  
Vaneide Margotti Marcon

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	4
<b>PARTE I - DIRETRIZES DO APOIO INTEGRADO PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DA ATENÇÃO NO SUSCONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO</b> .....	5
O APOIO INTEGRADO COMO ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DA ATENÇÃO.....	12
DIRETRIZES GERAIS PARA O APOIO INTEGRADO.....	16
O APOIO INTEGRADO DE ACORDO COM OS SEUS EIXOS E SUAS DIRETRIZES .....	17
<b>PARTE II – A ORGANIZAÇÃO DO APOIO INTEGRADO NO DEPARTAMENTO DE ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA DA SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA</b> .....	21
O APOIO INTEGRADO NO DAI .....	22
A AGENDA DO APOIADOR DO DAI .....	23
<b>APÊNDICE - PLANO DE TRABALHO DO APOIO INTEGRADO DAI/SGEP</b> .....	21
<b>ANEXOS</b> .....	22
CONSTITUIÇÃO FEDERAL.....	22
LEI 8.080/90.....	22
LEI 8.142/90.....	24
LEI COMPLEMENTAR 141/12.....	25
• APLICAÇÃO DE RECURSOS.....	25
• AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE .....	25
• VALOR MÍNIMO A SER APLICADO .....	26
• CRITÉRIOS DE RATEIO.....	26
• EXIGÊNCIAS PARA O RECEBIMENTO DE RECURSOS.....	27
• A COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA .....	28
O DECRETO 7.508/11.....	28
PLANO NACIONAL DE SAÚDE - DIRETRIZES NACIONAIS DO SISTEMA DE SAÚDE 2012-2015.....	30
AGENDA PLURIANUAL DA SGEP - 2012/2015 .....	32
O INDICADOR NACIONAL DE GARANTIA DO ACESSO.....	35
CARTA DA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE À SOCIEDADE BRASILEIRA.....	37
DIRETRIZES APROVADAS NA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE .....	42

## APRESENTAÇÃO

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. 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.

Em 2011, o Ministério da Saúde retomou a discussão da estratégia do Apoio Integrado no seio do Grupo Executivo da Regionalização e Articulação Interfederativa do Comitê Gestor do Decreto 7508/11, como estratégia de qualificação da gestão e da atenção no SUS, culminando com a criação de um Núcleo Gestor do Apoio Integrado, possibilitando a definição de diretrizes que devem nortear essa estratégia.

Este caderno tem a intenção de contribuir com a disseminação da estratégia do Apoio Integrado a estados e municípios, reconhecendo que:

“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 no apoio à 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.”

Na parte I, apresentamos as Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS e, na parte II, a organização dessa estratégia no âmbito do Departamento de Articulação Interfederativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

**PARTE I - DIRETRIZES DO APOIO  
INTEGRADO PARA QUALIFICAÇÃO DA  
GESTÃO E DA ATENÇÃO NO SUS**

## CONTEXTO HISTÓRICO-POLÍTICO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das mais importantes conquistas sociais das últimas décadas, resultante de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais e arranjos participativos de gestão. O SUS operacionaliza a efetivação da política de saúde e compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal, tendo, ainda, de forma suplementar, os serviços privados de saúde.

Como política, o SUS se desenvolve em cenários complexos, permeado por disputas entre distintos interesses, diferentes sujeitos e diferentes projetos, tendo como princípio a efetivação de uma política pública de qualidade, que defenda a vida, que fomente a autonomia, o protagonismo e a participação social. Em suas diretrizes, o SUS indica a horizontalização das relações federativas, a democratização das relações de trabalho e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde, entre outras. A implementação dessas diretrizes pressupõe a interação e a troca de saberes, poderes e práticas integradoras entre trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a produção de saúde.

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

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 nos poderes de decisão das 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 apenas um ente federado, colocando-se o desafio do reconhecimento de uma relação de interdependência entre eles e a necessária ação conjunta das atividades governamentais. Esta interdependência e coordenação constroem-se na interação entre os entes da federação, não se fundamentando em uma estrutura hierárquica.

Buscando aprimorar este processo o Ministério da Saúde, em conjunto com CONASS e CONASEMS, firmou o Pacto pela Saúde, que configura um conjunto de mudanças articuladas

em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS, que contemplam diretrizes pactuadas pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

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 co-responsabilização, 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, fortalecendo os municípios nas decisões regionais.

Muito se caminhou, mas ainda persistem grandes desafios para o SUS: implementar práticas de atenção e gestão em saúde que garantam o acesso com qualidade e o cuidado integral, em uma Rede de Atenção à Saúde adequada às necessidades da população, com o fortalecimento da governança regional e do controle social.

O acesso e o acolhimento com qualidade na atenção à saúde são eixos centrais na implementação de um modelo de saúde que pressupõe a defesa da vida. O acesso exige a ampliação da capacidade dos serviços de atender as necessidades de saúde da população, de forma oportuna, contínua e, sobretudo, assegurando o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema, por meio das Redes de Atenção à Saúde.

Para tanto, o Ministério da Saúde lançou recentemente o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) visando dar mais transparência ao quadro geral da oferta e da situação dos serviços de saúde, por meio da aferição contextualizada referente ao acesso e à efetividade da Atenção Básica, das Atensões Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências. Este Índice foi construído com a participação de vários segmentos do governo, técnicos,

especialistas acadêmicos e com a participação efetiva de representantes da esfera municipal e estadual, portanto, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite.

A partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores simples e compostos, o IDSUS avalia o Sistema Único de Saúde que atende aos residentes nos municípios, regiões de saúde, estados, regiões, bem como em todo país. É um instrumento de monitoramento e avaliação para a gestão das três esferas de governo - federal, estadual e municipal – que possibilita tomar decisões em favor da melhoria das ações para a saúde pública no país.

No tocante ao acesso, é avaliada a capacidade do sistema de saúde para assegurar os cuidados necessários para a população em tempo útil e com recursos adequados. Assim, o IDSUS se coloca como um importante subsídio para a formulação e execução de políticas públicas de saúde, tendo em vista que pode subsidiar os gestores do SUS a fortalecerem, em um compromisso compartilhado, seus sistemas e melhorarem a qualidade da atenção à saúde dos brasileiros..

É importante destacar que o perfil atual da situação de saúde no Brasil é de tripla carga de doenças, ou seja, presença concomitante das doenças infecciosas e carenciais, das doenças crônicas e daquelas relacionadas a causas externas. A transição demográfica e epidemiológica resultante do envelhecimento e do aumento da expectativa de vida significa crescente incremento relativo das condições crônicas. O enfrentamento dessa situação exige a ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, garantindo-se atendimento às condições agudas.

No entanto, o modelo de atenção à saúde fundamentado em ações curativas, centrado no atendimento médico, estruturado em ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, e em um modelo de gestão hierarquizado e centralizado, ainda persiste e se mostra insuficiente para responder às necessidades de saúde da população.

Buscando a coerência frente aos desafios, o MS realizou intenso processo de planejamento integrado e definiu 14 objetivos estratégicos como forma de enfrentamento, tendo como fundamental a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de



atenção básica e atenção especializada. Para tanto, define que o acolhimento e a qualidade devem ser diretrizes de todo o sistema com a atenção primária na ordenação das redes. As diretrizes nacionais são:

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. *Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS;*
4. *Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde;*
5. *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;*
6. *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;*
7. *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;*
8. *Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas;*
9. *Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em 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.*

Para fazer frente à complexidade e dinamicidade da produção de saúde, a regionalização tem sido adotada como uma diretriz que, para consolidar-se, exige o desenvolvimento de ações e serviços de forma a compartilhar tarefas e objetivos entre os níveis de governo. A gestão de políticas públicas nas relações interfederativas exige a construção de processos decisórios compartilhados para conduzir o planejamento e a execução das ações no âmbito socioeconômico, em prol do bem-estar coletivo.

A regulamentação da Lei nº 8.080/1990, por meio da publicação do Decreto nº 7.508/2011, orienta a organização do SUS, apontando o fortalecimento das instâncias de cogestão tripartite (CIR, CIB e CIT), o planejamento regional e a articulação da produção de saúde em cooperação interfederativa nas Regiões de Saúde. Prevê ainda a elaboração ascendente do Mapa da Saúde e do Planejamento Regional, das metas a serem alcançadas nas regiões, a implantação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e apresenta novas diretrizes aprimorando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), tendo o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) como potente dispositivo para a identificação das necessidades regionais, organização da oferta e das estratégias para a

melhoria das ações e serviços de saúde, pactuação de compromissos com definição de responsabilidades dos entes e estabelecimento de critérios de monitoramento e avaliação.

A Organização Mundial da Saúde tem apontado a importância da formação de redes de atenção à saúde como uma das formas de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, enfatizando que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ordenar as redes como uma das estratégias centrais para a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde. Nesse sentido, experiências em países com sistemas universais, como Reino Unido, Espanha, Cuba, têm mostrado que a organização do sistema de saúde em redes traz melhores resultados para a população. Nessa forma de organização, os atores compartilham interesses e objetivos, promovem a cooperação e trocam recursos entre si, através da vinculação entre a gestão de políticas em um dado território e sua população. Adota-se como princípio que cada nível de atenção deve operar de forma cooperativa e interdependente.

Coerente com esse desafio, em 30 de dezembro de 2010, foi aprovada a Portaria nº 4.279, que trata da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como *“arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”*. A organização da Rede deve estar norteada pelas seguintes diretrizes:

- Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da Rede de Atenção.
- Fortalecer o papel das CIR (Comissão Intergestores Regionais) no processo de governança da RAS.
- Fortalecer a integração das ações da vigilância em saúde (âmbito coletivo) com as ações da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde.
- Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação em saúde na RAS.
- Implementar o sistema de planejamento ascendente e integrado da RAS.
- Desenvolver os sistemas logísticos e de apoio da RAS.

- Financiar o sistema de saúde na perspectiva de RAS.

Para além do marco legal, no campo das políticas públicas comprometidas com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede favorece a construção de vínculos de solidariedade e cooperação.

As diretrizes para implementação da RAS nas regiões de saúde de todo o território nacional, orientadas pela agenda estratégica do SUS e pelo Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, têm como foco central a ampliação do acesso e da qualidade, fomentando a implementação das redes temáticas: rede de atenção à saúde da mulher e da criança (rede cegonha), rede de atenção às urgências, rede de atenção psicossocial (ênfase no uso de crack e outras drogas), e das ações do plano para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, ancoradas e sustentadas pela atenção primária à saúde.

É nesse contexto entre a autonomia e a necessidade de interação entre os entes federados, entre as especificidades de cada Secretaria/Política do MS e a necessidade de diminuir a fragmentação da agenda estratégica do SUS e a singularidades dos contextos locais – que se insere a discussão da estratégia do Apoio Integrado como forma de potencializar uma maior horizontalidade e cooperação nas relações interfederativas, construindo a regionalização e as redes de atenção, contratualizando o desenvolvimento de práticas de atenção e de gestão que produzam acolhimento com ampliação do acesso e da qualidade no SUS.

## **O APOIO INTEGRADO COMO ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DA ATENÇÃO**

Partindo do pressuposto que há uma noção geral comum de apoio/cooperação que deve permear as relações interfederativas na busca da garantia do direito à saúde e que possa evocar a expressão de forças, composições e conflitos, o “Apoio Integrado” configura-se numa estratégia do Ministério da Saúde (MS), que tem como objetivo maior, fortalecer a gestão do Sistema Único de Saúde com vistas à ampliação do acesso e a da qualidade dos serviços de saúde, considerando a implementação das políticas expressas no Plano Nacional de Saúde e os dispositivos do Decreto 7.508/11.

A expressão “Apoiador Institucional” começa a ser utilizada em 1998 para se referir à função que transborda as denominações sugeridas pela Teoria Geral da Administração para as

peças que trabalham com alguma forma de apoio às Organizações, como as de “assessor”, “consultor” ou supervisor.

O apoiador deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir nas organizações. É, portanto, na articulação entre o cuidado e a gestão – onde estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio institucional trabalha:

- Ativando espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos;
- Reconhecendo as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais;
- Mediando a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- Ampliando a capacidade institucional nos processos de planejamento, monitoramento e avaliação;
- Promovendo ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da atenção no SUS.

Podemos afirmar que o trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, na implementação das Políticas de Saúde. Portanto, são necessários mecanismos de co-gestão, para que gestores e trabalhadores possam olhar para o próprio trabalho, para suas relações no serviço, para as relações das equipes com os usuários, para que mudanças possam ocorrer.

O Apoio Integrado, ora proposto pelo Ministério da Saúde, implica num modo de participar da relação com os outros entes federados, para além das normas e da indução financeira, aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora, a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS.

Entendemos a função “Apoio”, no âmbito do MS, como o papel institucional exercido por seu agente (aqui chamado de apoiador), na articulação federativa, que assume o posicionamento subjetivo, técnico, pedagógico, ético e político de acordo com os objetivos estratégicos da gestão federal e a metodologia de Apoio Integrado, aqui explicitada, e as demandas e/ou necessidades dos Estados e Municípios.

Em síntese, os apoiadores deverão contribuir com estados e municípios:

- No planejamento em Saúde, no âmbito estadual e municipal;
- No planejamento regional integrado, no âmbito de cada região de saúde;
- Na elaboração do desenho da rede de atenção à saúde em cada território;
- Na implementação das redes de atenção à saúde, com ênfase nas redes temáticas estabelecidas nas diretrizes do PNS e de acordo com a RENASES e RENAME;
- Na implementação de Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), expressão dos compromissos de cada ente federado para com o sistema de saúde;
- E nos processos decorrentes destas ações, tais como regulação, monitoramento e avaliação, gestão do trabalho e educação na saúde, vigilância em saúde, dentre outros.

O apoiador poderá contar com as várias ferramentas existentes e disponibilizada pelo Ministério da Saúde, as quais poderão contribuir com a análise do território, a ser construída entre os atores envolvidos. O Mapa da Saúde e o IDSUS possibilitam a ampliação da capacidade de análise do território para a construção de um projeto coletivo de intervenção, visando mudar a realidade da região.

A agenda do Apoio Integrado deve respeitar as competências dos gestores das três esferas de governo, lembrando que a ação federal busca 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, sem prejuízo de apoios técnicos específicos entre eles.

As ações do Apoio Integrado do Ministério da Saúde priorizam os projetos de cooperação às regiões de saúde, de modo a promover a ação solidária e cooperativa entre os gestores, na garantia de acesso resolutivo e com qualidade, de acordo com o Decreto 7.508.

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 da estratégia e o seu monitoramento e avaliação.



Figura 1: Nó borromeano

O nó borromeano, representado na figura 1, 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 representam cada um desses elos: o projeto de formação, a condução do apoio integrado e o seu monitoramento e avaliação.

A gestão da estratégia do Apoio Integrado do Ministério da Saúde é compartilhada e, para isso, cada Secretaria e o gabinete do Ministro indicam um membro para a constituição do **Núcleo Gestor do Apoio Integrado**, que tem como objetivo fazer a gestão (operacionalização, acompanhamento e avaliação do desempenho) da estratégia adotada. Suas atividades acontecem regularmente e contam com a coordenação da Secretaria Executiva, podendo constituir câmaras técnicas específicas a depender da necessidade.

Também poderão ser constituídos fóruns nacional e ou regionais para compartilhamento de experiências, discussão, avaliação e redirecionamentos necessários.

Para tanto, cada Secretaria do MS está se organizando internamente para se inserirem na lógica do Apoio Integrado, de modo a potencializar a ação federal de cooperação a Estados e Municípios.



Figura 2: Composição do Núcleo Gestor do Apoio Integrado

## **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 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;

### **b. 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.

**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 DE ACORDO COM OS SEUS EIXOS E SUAS DIRETRIZES**

### **DA OPERACIONALIZAÇÃO**

O Apoio Integrado será operado por Equipes de referência do Apoio Integrado para cada Estado, compostas por apoiadores que pactuam um projeto estratégico para a implementação das Políticas de Saúde, articulado e integrado, de acordo com as realidades estaduais e suas especificidades.

Por apoiador entende-se o sujeito que atua em caráter geral, ou seja, que fará a interlocução com estados e municípios, na implementação das Políticas Nacionais de Saúde, respeitados os dispositivos legais.

Por apoiador temático entende-se o sujeito com um saber especializado num determinado processo de atenção à saúde/gestão, que deverá ser acionado pelas equipes de referência, de acordo com a demanda de modo a melhor ordenar/potencializar o processo de cooperação federal a estados e municípios.

As Equipes de Referência do Apoio Integrado aos Estados serão compostas por apoiadores das seguintes Secretarias do Ministério da Saúde: um apoiador da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), sendo este do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) e três apoiadores da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), sendo um apoiador do Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS), um da

Política Nacional de Humanização (PNH/DAPES) e outro do Departamento de Atenção Básica (DAB), que se reúnem periodicamente para organizar as estratégias de implementação das Políticas de Saúde, de acordo com os objetivos estratégicos do MS e com as diretrizes regionais.

Em situações onde a realidade local assim o exigir, os apoiadores temáticos das demais Secretarias do Ministério da Saúde deverão incorporar-se à Equipe de Referência do Apoio Integrado a cada Estado.

Todos os apoiadores do MS utilizam um espaço virtual específico para compartilhamento de informações e agendas.

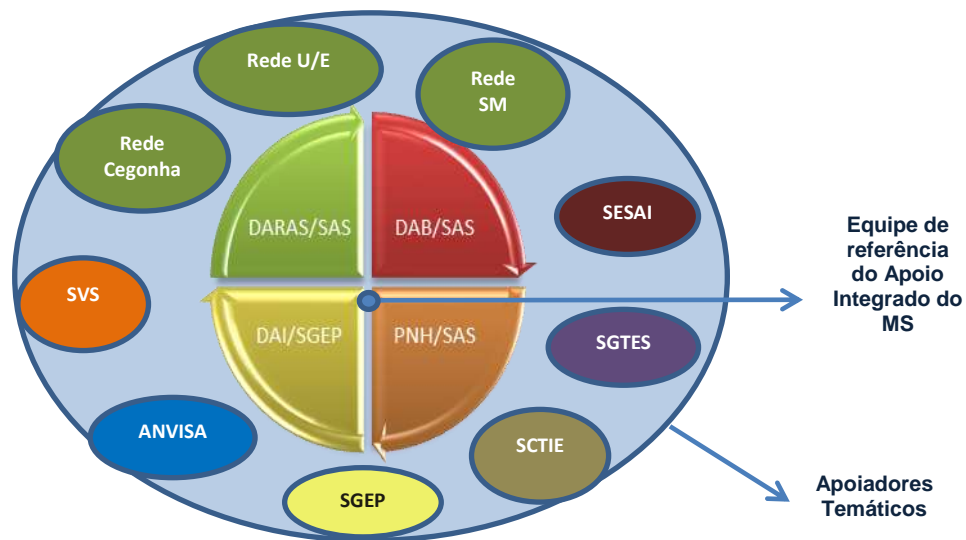


Figura 2: Desenho esquemático da configuração da Equipe de Referência do Apoio Integrado do MS a cada Estado.

## DA FORMAÇÃO

O processo de formação considera a formação/atuação como indissociáveis bem como a articulação entre atenção/gestão/educação/trabalho em saúde. Isso implica valorizar o conhecimento prévio dos participantes, promover a experimentação da função apoio nos coletivos dos territórios e oferecer ferramentas e referencial teórico que possibilitem colocar a própria função apoio em análise de forma ininterrupta, considerando prática - teoria – prática como elos indissociáveis, de forma coerente com os pressupostos da Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 1.996/2007).

O desafio da formação é fomentar o trabalho dos apoiadores em redes, seja em redes de comunicação entre apoiadores institucionais do MS; entre apoiadores do MS e das SES, entre estes e municípios/regiões, entre estes e instituições de ensino, entre estes e as políticas públicas, em que as articulações virtuais e presenciais podem favorecer a integração. Nesse caminho, é necessária a identificação do campo comum a todos os apoiadores em um dado território e, ao mesmo tempo, identificar e valorizar as especificidades e possibilidades de matriciamento.

Os processos de análise situacional em cada região de saúde, a identificação de prioridades, a definição de objetivos, metas e estratégias, bem como o monitoramento e a avaliação dos projetos geram demandas específicas para o apoiador institucional integrado na busca da coerência com as diretrizes ético-políticas do MS. Ademais, coloca o apoiador institucional na condição de agenciador e articulador das várias possibilidades de matriciamento, de acordo com as necessidades geradas nesse processo. Esses elementos são, portanto, potenciais dispositivos pedagógicos para a análise da função apoio e são considerados como disparadores importantes para a reflexão e co-construção desse papel.

A formação busca propiciar espaços de reflexão crítica sobre a dimensão das ações desenvolvidas pelo apoiador institucional, resgatando a força criadora e a espontaneidade em uma co-criação do modo de pensar e vivenciar este papel. Busca proporcionar um processo permanente de ação – reflexão – ação considerando o potencial humano inato: o intuitivo, o emotivo, o imaginário e o criativo, assim como o racional, o lógico, o cognitivo e o verbal. Dessa forma, busca favorecer o agir e pensar o trabalho em saúde e o papel de apoiador baseados na co-construção de novos modos de produzir saúde.

A SGTES como responsável pela condução do processo de formação dos apoiadores atua de forma articulada no Núcleo Gestor do Apoio Integrado, na identificação e qualificação de necessidades e demandas de formação e apresenta propostas de arranjos operacionais do processo educativo, incluindo possíveis parcerias com instituições de ensino.

## **DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Considerando que os apoiadores integrados têm mandato institucional para atuar nos coletivos de gestão construindo alinhamentos conceituais teóricos e metodológicos para

construção de Planos de Ação e acompanhamento avaliativo, conforme as diretrizes do Decreto 7.508/2011, serão definidas metodologias de monitoramento e avaliação do processo de Apoio Integrado em conjunto com as áreas responsáveis do MS.

**PARTE II – A ORGANIZAÇÃO DO APOIO  
INTEGRADO NO DEPARTAMENTO DE  
ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA DA  
SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E  
PARTICIPATIVA**

## O APOIO INTEGRADO NO DAI

O Departamento de Articulação Interfederativa – DAI/SGEP - vem desenvolvendo ações, orientadas pelas diretrizes em que se ancora o Apoio Integrado no MS - *Operacionalização, Formação e Monitoramento e Avaliação*, para apoiar a implantação dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (COAP) e seus processos inerentes, contando, para isso, com um apoiador em cada Estado.

### **Da operacionalização:**

Assim, considerando as diretrizes deste eixo, as ações estabelecidas foram:

- ✓ Identificar/articular 01 apoiador em cada Estado;
- ✓ Definir o escopo de trabalho, que oriente os apoiadores na construção de suas agendas de trabalho (apêndice A);
- ✓ Identificar um interlocutor em cada Secretaria Estadual/Distrital de Saúde e um no Conselho de Secretários Municipais de Saúde – Cosems - de cada Unidade Federada;

O trabalho do apoiador deve pressupor a articulação com os demais apoiadores das diferentes Secretarias do Ministério da Saúde, visando integrar os processos de trabalho, potencializando a implementação das políticas de saúde e a articulação com os demais entes federativos, na proposição de uma agenda de trabalho, com base nas necessidades de gestão dos municípios em cada região de saúde.

### **Da formação dos apoiadores**

Visando atender às necessidades de formação dos apoiadores e entendendo este campo como ‘prática de ensino-aprendizagem’, onde a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança, são o seu *leitmotiv*. As ações desenvolvidas pressupõem um encontro mensal com todos, de modo a discutir as ações relacionadas às atividades do AI, aprofundando e alinhando temas afetos à gestão do SUS, oportunizar treinamentos em ferramentas/sistemas desenvolvidos no MS e o compromisso com o aprimoramento dos conhecimentos e desenvolvimento de competências para a função “apoio”. Ainda a participação em Seminários, Congressos, Oficinas, nacionais, estaduais e/ou regionais e as

reuniões do AI com demais apoiadores do MS, se colocam como ações no campo da formação de todos os apoiadores envolvidos neste processo.

### **Do monitoramento e avaliação**

As ações de monitoramento e avaliação do trabalho do AI devem levar em conta o plano de trabalho desenvolvido como referência para cada apoiador, orientado pelos 3 principais objetivos da ação do apoiador: fortalecer a regionalização e os processos de governança regional; implementar o planejamento regional integrado e fomentar o processo de pactuação interfederativa.

## **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 referencias 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 referencias 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;

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.

A agenda do apoiador do DAI deverá, então, estar pautada pelo apoio aos processos de **qualificação da gestão do SUS** 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 Regionais.

- i. Auxiliar no processo de avaliação das regiões de saúde.
- ii. 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.

- i. Apoiar todos os municípios para que tenham o seu Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde e Relatório de Gestão, encaminhados ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação.
- ii. Apoiar a utilização do SARGSUS como ferramenta de registro dos Relatórios de Gestão.
- iii. Auxiliar na elaboração do Mapa da Saúde nas regiões, apoiando a utilização de ferramentas de apoio para a identificação de necessidades de saúde e de gestão.
- iv. Apoiar a articulação com as 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.

- i. Apoiar a construção de consensos interfederativos regionais quando da construção e implementação dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde, na definição das responsabilidades de cada ente da federação.

4. Apoiar os processos de monitoramento e avaliação das metas pactuadas e dos compromissos assumidos por cada ente federativo, regionalmente.

Segue abaixo, 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.

Parte I

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/metast a serem pactuadas em cada região de saúde.

anexo I  
Parte II

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.

Anexo  
II  
Parte II

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

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

2.2.4. 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

Anexo  
III  
Parte II

outras regiões, conforme pactuações programadas anteriormente (PPI e outras).

2.2.5. 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.

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

Parte  
IV

## APÊNDICE - PLANO DE TRABALHO DO APOIO INTEGRADO DAI/SGEP

Objetivo: auxiliar no planejamento, monitoramento e avaliação do trabalho do Apoio Institucional - DAI/SGEP, com base na implementação dos dispositivos do Decreto 7.508/2011, marcadamente na implantação 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
<b>Fortalecer a regionalização e os processos de governança regional</b>	<p>Incentivar e apoiar processos de avaliação do funcionamento das Regiões de Saúde</p> <p>Apoiar a estruturação e o funcionamento das CIR (regimento interno, existência de câmaras técnicas permanentes de assessoramento, demais competências da CIR)</p> <p>Estimular participação social no âmbito regional</p> <p>Disponibilizar canais de comunicação com os cidadãos, através da implantação de ouvidorias</p> <p>Apoiar a utilização dos recursos federais repassados de acordo com a Portaria 2.979/11</p> <p>Apoiar na implantação dos Comitês de Promoção da Equidade</p> <p>Incentiva e apoiar a realização das Conferências Municipais/Estadual de Saúde</p> <p>Estimular o cadastramento dos Conselhos de Saúde no SIACS (Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde)</p> <p>Acompanhar o processo de implantação do Cartão Nacional de Saúde</p>	<p>Interlocutor estadual e do Cosems definido</p> <p>100% das regiões de saúde avaliadas</p> <p>100% das CIR com regimento interno pactuado na CIR e CIB</p> <p>100% dos Conselhos de Saúde cadastrados no SIACS</p> <p>80% dos recursos executados</p>	<p>Bases e método para avaliar as regiões de saúde</p> <p>Resolução CIT nº 01/11</p> <p>Parte I do COAP</p>
<b>Implementar o planejamento regional integrado</b>	<p>Apoiar a elaboração e utilização dos instrumentos de planejamento de cada ente federado (PMS, PAS e RAG)</p> <p>Fomentar a utilização do SARGSUS para elaboração do RAG</p> <p>Apoiar a utilização do MAPA da SAÚDE como ferramenta de apoio à análise da situação de saúde</p> <p>Apoiar a discussão dos determinantes sociais da saúde</p>	<p>100% dos municípios com PMS e RAG elaborados e enviados ao Conselho de Saúde</p> <p>100% dos municípios e CMS cadastrados e utilizando o SARGSUS</p> <p>100% das regiões de saúde com Mapa da Saúde construído</p>	<p>Diretrizes para a conformação do Mapa da Saúde e planejamento em saúde</p> <p>LC 141/12</p> <p>Anexo I da Parte II do COAP</p>
<b>Fomentar o processo de pactuação interfederativa</b>	<p>Apoiar o processo de pactuação das diretrizes, objetivos, metas e indicadores da Saúde e o seu registro no SISPACTO/COAP</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Apoiar a discussão do processo de monitoramento do COAP</p>	<p>100% dos municípios e estados com metas pactuadas, inseridas no SISPACTO</p> <p>Agenda de cooperação interfederativa elaborada</p> <p>Formalização de grupo condutor do processo de contratualização interferativo (SES, Cosems e MS)</p>	<p>Documento pactuado com as regras de transição</p> <p>Parte I do COAP</p> <p>Parte II, Anexo II e III do COAP</p> <p>Parte III e IV do COAP</p> <p>RENASES</p>

## ANEXOS

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

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.

## **PLANO NACIONAL DE SAÚDE - DIRETRIZES NACIONAIS DO SISTEMA DE SAÚDE 2012-2015**

O Plano Nacional de Saúde para o período de 2012-2015, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, definiu 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:

*Diretriz I – Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada*

*Diretriz II – Aprimoramento da rede de urgência e emergência, com expansão e adequação de unidades de pronto atendimento/UPA, de serviços de atendimento móvel de*

*urgência/Samu, de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.*

*Diretriz III – 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.*

*Diretriz IV – Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.*

*Diretriz V – 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*

*Diretriz VI – 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.*

*Diretriz VII – Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde*

*Diretriz VIII – Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.*

*Diretriz IX – Aprimoramento da regulação e da fiscalização da saúde suplementar, com articulação da relação público-privado, geração de maior racionalidade e qualidade no setor saúde.*

*Diretriz X – Fortalecimento do complexo produtivo e de ciência, tecnologia e inovação em saúde como vetor estruturante da agenda nacional de desenvolvimento econômico, social e sustentável, com redução da vulnerabilidade do acesso à saúde.*

*Diretriz XI – Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.*



*Diretriz XII – Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.*

Diretriz XIII – *Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.*

Diretriz XIV – *Promoção internacional dos interesses brasileiros no campo da saúde, bem como compartilhamento das experiências e saberes do SUS com outros países, em conformidade com as diretrizes da política externa brasileira.*

## **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 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.

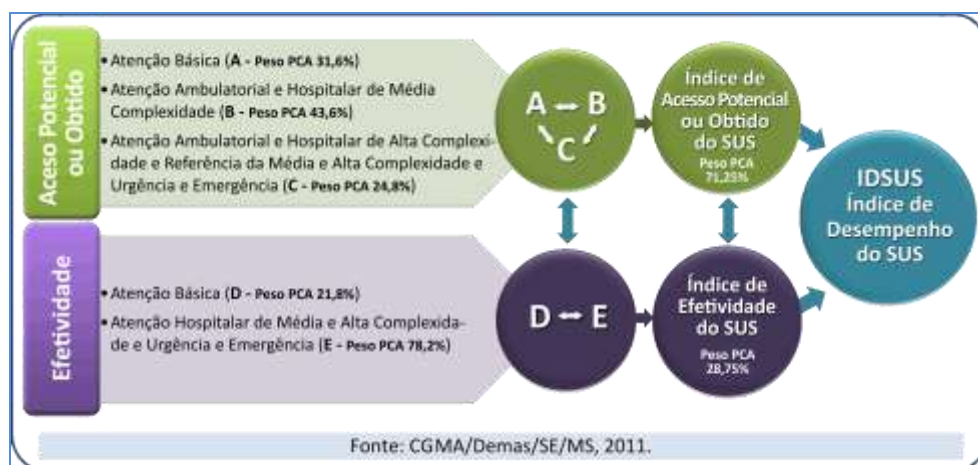


Figura 1

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](http://www.saude.gov.br/idsus)

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

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

***Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Queremos implantar e ampliar as Políticas de Promoção da Equidade para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, crianças, idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, as populações do campo e da floresta, ribeirinha, a população LGBT, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais.

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

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

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

A implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra deve estar voltada para o entendimento de que o racismo é um dos determinantes das condições de saúde. Que as Políticas de Atenção Integral à Saúde das Populações do Campo e da Floresta e da População LGBT, recentemente pactuadas e formalizadas, se tornem instrumentos que contribuam para a garantia do direito, da promoção da igualdade e da qualidade de vida dessas populações, superando todas as formas de discriminação e exclusão da cidadania, e transformando o campo e a cidade em lugar de produção da saúde. Para garantir o acesso às ações e serviços de saúde, com qualidade e respeito às populações indígenas, defendemos o fortalecimento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve se viabilizar por meio da integração entre a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e as Vigilâncias em Saúde Estaduais e Municipais. Buscamos o desenvolvimento de um indicador universal de acidentes de trabalho que se incorpore aos sistemas de informação do SUS. Defendemos o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental e Álcool e outras drogas, alinhados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica antimanicomial brasileira e coerente com as deliberações da IV Conferência Nacional de Saúde Mental.

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

movimentação interbancária, instituir um percentual dos royalties do petróleo e da mineração para a saúde e garantir um percentual do lucro das empresas automobilísticas.

Defendemos a gestão 100% SUS, sem privatização: sistema único e comando único, sem “dupla-porta”, contra a terceirização da gestão e com controle social amplo. A gestão deve ser pública e a regulação de suas ações e serviços deve ser 100% estatal, para qualquer prestador de serviços ou parceiros. Precisamos contribuir para a construção do marco legal para as relações do Estado com o terceiro setor. Defendemos a profissionalização das direções, assegurando autonomia administrativa aos hospitais vinculados ao SUS, contratualizando metas para as equipes e unidades de saúde. Defendemos a exclusão dos gastos com a folha de pessoal da Saúde e da Educação do limite estabelecido para as Prefeituras, Estados, Distrito Federal e União pela Lei de Responsabilidade Fiscal e lutamos pela aprovação da Lei de Responsabilidade Sanitária.

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

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

Defendemos a adoção da carga horária máxima de 30 horas semanais para a enfermagem e para todas as categorias profissionais que compõem o SUS, sem redução de salário, visando cuidados mais seguros e de qualidade aos usuários. Apoiamos ainda a regulamentação do piso salarial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Controle de Endemias (ACE), Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) com financiamento tripartite.

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

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

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

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

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

Brasília, DF, 4 de dezembro de 2011



## **DIRETRIZES APROVADAS NA 14ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

**Diretriz 1** – EM DEFESA DO SUS – pelo direito à saúde e à seguridade social

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

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

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

**Diretriz 5** – gestão pública para a saúde pública

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

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

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

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

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

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

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

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

**Diretriz 14** – integrar e ampliar políticas e estratégias para assegurar atenção e vigilância à saúde do trabalhador

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