

REGULAÇÃO EM SAÚDE

coleção Para Entender a Gestão do SUS | 2011 volume **10**

Copyright 2011 – 1ª Edição – Conselho Nacional de
Secretários de Saúde - CONASS

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial
ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e que
não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011 pode ser
acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS,

www.conass.org.br.

Esta coleção faz parte do Programa de Informação e Apoio
Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 10.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de
Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.

126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10)

ISBN: 978-85-89545-70-9



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

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068

DIRETORIA CONASS - GESTÃO 2010/2011

PRESIDENTE

Beatriz Dobashi

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Irani Ribeiro de Moura

Região Nordeste

Herbert Motta de Almeida

Região Norte

Oswaldo Leal

Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques

Região Sul

Roberto Eduardo Hess de Souza

COMISSÃO FISCAL

George Antunes de Oliveira

Raimundo José Arruda Barros

Milton Luiz Moreira

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENADORA DE NÚCLEOS

Rita de Cássia Bertão Cataneli

COORDENADOR DE DESENVOLVIMENTO

INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC Osvaldo de Souza Leal Junior
Suely de Souza Melo da Costa

AL Herbert Motta de Almeida
Alexandre de Melo Toledo

AM Agnaldo Gomes da Costa
Wilson Alecrim

AP Eupídio Dias de Carvalho
Evandro Costa Gama

BA Jorge José Santos Pereira Solla

CE Raimundo José Arruda Bastos

DF Fabíola de Aguiar Nunes
Rafael de Aguiar Barbosa

ES Anselmo Tozi
José Tadeu Marino

GO Irani Ribeiro de Moura
Antonio Faleiros

MA José Márcio Soares Leite
Ricardo Murad

MG Antônio Jorge de Souza Marques
MS Beatriz Figueiredo Dobashi

MT Augusto Carlos Patti do Amaral
Pedro Henry Neto

PA Maria Silvia Martins Comaru Leal
Cláudio Nascimento Valle
Hélio Franco de Macedo Júnior

PB José Maria de França
Mário Toscano de Brito Filho

PE Frederico da Costa Amâncio
Antônio Carlos dos Santos Figueira

PI Telmo Gomes Mesquita
Lilian de Almeida Veloso Nunes Martins

PR Carlos Augusto Moreira Júnior
Michele Caputo Neto

RJ Sérgio Luiz Côrtes

RN George Antunes de Oliveira
Domício Arruda

RO Milton Luiz Moreira
Alexandre Carlos Macedo Muller

RR Rodolfo Pereira
Leocádio Vasconcelos Filho

RS Arita Gilda
Ciro Carlos Emerim Simoni

SC Roberto Eduardo Hess de Souza
Dalmo Claro de Oliveira

SE Mônica Sampaio de Carvalho
Antonio Carlos Guimarães Souza Pinto

SP Luiz Roberto Barradas Barata
Nilson Ferraz Paschoa

Giovanni Guido Cerri
TO Francisco Melquiades Neto

Arnaldo Alves Nunes



COORDENAÇÃO DA COLEÇÃO
René Santos

REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO LIVRO
Márcia Huçulak

COLABORADORES*
Denise Pestana
Iracema Paim
Joana Demarchi
Márcia Huçulak

REVISÃO TÉCNICA
René Santos

REVISÃO ORTOGRÁFICA
Roberto Arreguy Maia (coord.)

EDIÇÃO
Tatiana Rosa

PROJETO GRÁFICO
Fernanda Goulart

DESIGNER ASSISTENTE
Thales Amorim

ILUSTRAÇÕES
José Márcio Lara

DIAGRAMAÇÃO
Ad Hoc Comunicação

* Os créditos referem-se às edições de 2007 e de 2011.

SUMÁRIO

Apresentação 7

1 Regulação sobre sistemas de saúde 10

- 1.1 Introdução 10
- 1.2 O mercado no setor saúde 11
- 1.3 As razões para a atuação do Estado 13
- 1.4 Regular o setor saúde 17
- 1.5 Conceitos de regulação 18
- 1.6 Quem regula? 19

2 Regulação Assistencial 22

- 2.1 Introdução 22
- 2.2 Conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso 22
- 2.3 Política Nacional de Regulação 24
- 2.4 Mecanismos e instrumentos de regulação assistencial 28
- 2.5 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 29
- 2.6 Cartão Nacional de Saúde 31
- 2.7 Implantação dos complexos reguladores nos estados 31
- 2.8 Sistemas de informação para a Regulação 34
- 2.9 Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade 35

3 A Contratualização dos serviços de saúde 40

- 3.1 Introdução 40
- 3.2 Contratação dos serviços de saúde 41
- 3.3 Contratualização 44
- 3.4 Modalidades de contratação 50
- 3.5 Tipos de contratos 52
- 3.6 Plano Operativo 54

4 Controle e avaliação 58

- 4.1 Introdução 58
- 4.2 Conceitos 60
- 4.3 Ações de controle e avaliação 63

4.4	Atribuições do gestor estadual no controle e avaliação das ações e serviços de saúde	65
4.5	Avaliação	74
4.6	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS)	78
4.7	Acreditação dos serviços de saúde	80

5 Programação Pactuada e Integrada da Assistência

	à Saúde (PPI)	82
5.1	Introdução	82
5.2	Programação das ações de saúde	85
5.3	Etapas no processo da Programação Pactuada Integrada	87
5.4	Documentos elaborados no processo da PPI	90

6 Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) 96

6.1	Histórico	96
6.2	O Sistema Nacional de Auditoria	97
6.3	Organização do componente estadual do SNA	102
6.4	Estruturação mínima para o funcionamento do componente estadual do SNA	103
6.5	Atuação do componente estadual de auditoria	104
6.6	Atividades da auditoria do componente estadual do SNA	105
6.7	Execução das atividades de auditoria	107
6.8	O componente estadual do SNA e o Pacto pela Saúde	109
6.9	Termo de Ajuste Sanitário	111
6.10	Considerações finais	112

	Referências bibliográficas	115
--	-----------------------------------	------------



APRESENTAÇÃO

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

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

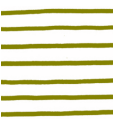
A partir dos consensos estabelecidos no Pacto pela Saúde, os três entes federados se depararam com a necessidade de definir responsabilidades e de estabelecer a regulação não apenas como um instrumento de garantia do acesso, mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde.

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


Boa leitura.


Beatriz Dobashi - Presidente do Conass





1 REGULAÇÃO SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE

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



1 REGULAÇÃO SOBRE SISTEMAS DE SAÚDE

1.1 Introdução

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

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

A prestação de serviços de saúde pode ser vista como uma das muitas variáveis que influenciam as condições de saúde de uma população. Há uma estreita correlação entre ambos, o que nos leva a associar que a garantia do acesso a serviços com qualidade pode influenciar nos resultados ou nos indicadores de saúde de determinada população ou comunidade (Docteur; Oxley, 2003).

Contudo, há a necessidade de se conhecer melhor o impacto da prestação de serviços de saúde nos indicadores de saúde de uma determinada população e o seu peso nos resultados alcançados.

Em parte, para garantir saúde para uma determinada população, é necessário assegurar o acesso aos serviços de saúde. O Estado é visto como tendo a responsabilidade de garantir isso, comparável com a função de afirmar justiça para todos igualmente (Green, 1992).

A garantia do acesso, da qualidade da assistência e da organização da atenção à saúde demonstram que a proteção do Estado é necessária. Considerando também que a prestação dos cuidados de saúde tem especificidades próprias, é necessário que os governos atuem em nome dos seus cidadãos para garantir as condições da adequada prestação de serviços no setor saúde. E isso requer que os governos assumam seu papel regulador.

Tradicionalmente, o escopo da regulação no setor saúde tem sido o de estabelecer padrões de qualidade e segurança para assegurar as condições mínimas na prestação de serviços. Sem dúvida, essa é uma concepção relevante de regulação, mas há necessidade de se avançar em uma concepção econômica da regulação, com o foco no contexto da organização do sistema de saúde, do mercado e dos recursos necessários para a prestação de serviços no setor (Kumaranayake et al., 2000).

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

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

O CONASS pretende, ao apresentar algumas questões sobre o papel regulador das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), promover a reflexão sobre essa importante macrofunção da gestão estadual de saúde, conforme consenso estabelecido pelos gestores estaduais (CONASS, 2003). Além disso, ao estimular as SES a introduzir ou ampliar as atividades e estratégias relativas ao desempenho da regulação, pretende fortalecer a gestão estadual e o sistema de saúde como um todo.

1.2 O mercado no setor saúde

A economia trata de escolhas, sobre custo de oportunidade, como obter mais e melhores benefícios para a sociedade com os recursos disponíveis. Portanto, o objetivo é a eficiência, extrair o máximo que pudermos do trabalho, terra e capital, frequentemente

com alguma preocupação relativa à equidade e justiça. O objetivo é a sociedade como um todo e não apenas o indivíduo ou um grupo específico de indivíduos (Mooney, 1992). Economia pode ser conceituada como o estudo da escassez e da escolha. O que varia é o nível de escassez dos recursos e quão difíceis são as escolhas (Normand; Bowling, 1993).

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

Para que o mercado atue perfeitamente, ou seja, alcançando o melhor resultado com o menor custo, são necessárias algumas condições (Donaldson; Gerard, 1993):

- a. Certeza: a hipótese da certeza é que o consumidor sabe exatamente o que deseja, quando e onde pode encontrar.
- b. Nenhuma externalidade: externalidades são benefícios ou desvantagens do consumo ou produção de bens e serviços que afetam o indivíduo, positiva ou negativamente, sem que este tome parte da decisão de produzir ou consumir determinado bem ou serviço. Um exemplo de externalidade positiva é a vacina. Mesmo o indivíduo que não recebe a vacina pode ser beneficiado pela diminuição da circulação do vírus. Um exemplo de externalidade negativa é o ruído excessivo e poluição causada pelos automóveis; outro exemplo é o tabagismo.
- c. Perfeita informação: o consumidor conhece e sabe o que deseja e ganha mais conhecimento pelo uso regular do serviço ou do produto.
- d. Soberania do consumidor: significa nenhuma interferência externa na decisão do consumidor de adquirir e consumir determinado bem ou serviço.
- e. Não existência de monopólio: ocorre quando existem muitos provedores.

Restrições para o estabelecimento de serviços é uma forma de monopólio. Embora as restrições tenham conotação de proteção ao indivíduo, elas limitam a concorrência, e com a oferta limitada há a tendência do aumento de preço.

Na realidade, as evidências mostram que o mercado de poucos bens e serviços tem as características citadas, e não significa que por isso deve ter a intervenção do governo

(Deppe, 2006). Porém, no setor saúde, deve-se considerar o grau de imperfeição do mercado e de que forma o governo pode assumir suas funções e otimizar os custos, os benefícios e a equidade.

A prestação de serviços de saúde é diferente de outros bens e serviços, pelo que os especialistas na área apontam como “falhas do mercado” (Donaldson; Gerard, 1993). A necessidade por cuidados com a saúde pode não ser percebida pelo indivíduo ou difícil de prever, ou ainda o indivíduo pela própria condição que se encontra pode não perceber a necessidade de intervenção.

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

Um dos argumentos contra a atuação do mercado no setor saúde é a sua incapacidade de produzir equidade. O mercado não requer nenhum padrão de distribuição de renda, pelo contrário, reforça o padrão existente. O mercado exacerba as iniquidades, pela alocação de bens e serviços de acordo com a capacidade individual de pagar por eles. Ou seja, no caso da saúde, os mais vulneráveis são excluídos. A equidade tem sido uma preocupação constante e um objetivo a ser alcançado no sistema de saúde, muito embora consideradas difíceis sua definição e avaliação (Mcguire; Henderson; Mooney, 1992).

1.3 As razões para a atuação do Estado

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

Embora a implementação de novas tecnologias seja necessária, em muitos casos ela é usada sem critérios. Há uma associação fácil de que novos equipamentos e drogas podem promover melhores condições de tratamento (Drummond; Maynard, 1988). Contudo, em países em desenvolvimento, de acordo com a OMS, menos da metade dos equipamentos disponíveis está em condições de uso.

O problema do uso inadequado ou da introdução de novas tecnologias sem critérios não é apenas de gastos despendidos, mas de perda de benefícios que poderiam ser alcançados se esses recursos fossem aplicados em outras ações e serviços. Isso é o que os economistas definem como noção de custo de oportunidade, ou seja, o custo do recurso é igual ao benefício que deveria ser gerado na sua melhor alternativa de uso (Normand; Bowling, 1993).

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

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

- » Acesso igual aos serviços de saúde;
- » Saúde igual;
- » Mesma utilização dos serviços de saúde;
- » Acesso igual aos serviços de saúde de acordo com a necessidade;
- » Utilização igual dos serviços de saúde de acordo com a necessidade (Green, 1992).

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

Eficiência pode ser definida como a diminuição dos custos da produção de qualquer bem ou serviço e a maximização de sua utilização. Ou produção ao menor custo, obtenção do máximo de resultado a um determinado custo (Mills, 1995). Ou, ainda, a obtenção do máximo de benefícios dos recursos disponíveis. Alguns economistas argumentam que ao ser eficiente promove-se a equidade. Os recursos devem ir para aqueles em piores condições, pois os indivíduos em piores condições têm maior capacidade de se beneficiar dos recursos disponíveis.

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

- » financiamento;
- » prestação do cuidado;
- » regulação.

Essas três funções de governo têm importante interface entre si. A implantação de mecanismos de regulação na prestação dos serviços de saúde estabelece os padrões de qualidade da mesma. Não significa que os padrões de excelência sejam garantidos pela existência de padrões predefinidos, mas, sem dúvida, que a função reguladora é substancial para garantir a qualidade.

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

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

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

Nos últimos anos, com o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, instituído pelas normativas do SUS, muitas ações e serviços que estavam sob a gestão e/ou execução do Estado foram transferidos para os municípios. Esse processo fez com que as Secretarias Estaduais de Saúde assumissem novas funções no sistema de saúde estadual, de coordenar o sistema de saúde de forma a garantir a integralidade do cuidado, por meio da implantação das Redes de Atenção à Saúde, com base nos princípios da escala, qualidade e do acesso. E, portanto, as secretarias estaduais de saúde devem incorporar cada vez mais os mecanismos de regulação para garantir o cuidado efetivo aos cidadãos.

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

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

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

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

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

Em 2006, com a publicação do Pacto pela Saúde, a regionalização passou a ser um princípio que orienta a descentralização. Nessa nova perspectiva, a descentralização, no SUS, deve ser entendida como um processo contínuo de compartilhamento de atividades mútuas, por meio da participação de todas as instâncias de governo, da sociedade civil organizada e do cidadão. A estratégia de promover a descentralização das ações e dos serviços de saúde por meio de um processo de regionalização baseada na escala e na qualidade e com custos adequados contribuirá para o aprimoramento da gestão do SUS e para o estabelecimento dos limites das funções dos gestores estadual e municipal.

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

1.4 Regular o setor saúde

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

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

- » Regulação social e econômica; e
- » Regulação gerencial.

São entendidos como objetivos sociais e econômicos do setor saúde a equidade e a justiça; a eficiência econômica; a proteção da saúde e do meio ambiente; a informação e a educação; assim como assegurar ao indivíduo a possibilidade de escolhas. A segunda dimensão, operacional e voltada para a aplicação de mecanismos pelos quais se atingem os objetivos citados anteriormente, enfatiza eficiência e efetivo gerenciamento dos recursos humanos e materiais (Saltman; Busse; Mossialos, 2002) e pode ser organizada da seguinte forma:

- » regulação da qualidade e eficiência da atenção: avaliação do custo-benefício das intervenções, capacitação dos profissionais de saúde, avaliação dos prestadores com estabelecimento de padrões de excelência;
- » regulação do acesso: definição de protocolos clínicos e fluxos assistenciais, monitoramento e avaliação das referências, integração das ações e serviços;
- » regulação dos prestadores: definição de contratos, formas de pagamento que estimulem a produção de ações e serviços necessários, distribuição geográfica adequada ao acesso da população às ações e serviços de saúde;

- » regulação da oferta de insumos e tecnologias: avaliação de eficiência e efetividade, definição de elencos e preços;
- » regulação da força de trabalho: estabelecimento de regras para a formação, registros de profissionais e avaliação de desempenho.

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

Uma grande variedade de atores pode estar envolvida no processo da regulação. Desenvolver instrumentos e mecanismos regulatórios envolve ações junto ao Legislativo, ao Executivo e ao Judiciário. Regulação como macrofunção de governo consiste na elaboração e na aplicação de leis e normas, na implementação, no monitoramento e na avaliação; no uso de mecanismos para influenciar a qualidade, a quantidade e os preços dos insumos, drogas e ações e serviços de saúde (Kumaranayake et al., 2000), assim como na adequada distribuição da oferta de serviços de acordo com as necessidades de saúde da população.

1.5 Conceitos de regulação

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

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

A regulação estatal se dá quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as regras do jogo desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população (Mendes, 2002).

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

Regulação incorpora uma grande variedade de mecanismos, desde atos legislativos até requisitos e exigências colocados administrativamente, além de incentivos positivos como subsídios ou negativos como de sanções legais (Saltman; Busse; Mossialos, 2002).

No sistema de saúde há dois tipos de regulação: a regulação sanitária de bens e serviços, e a regulação da assistência. A primeira se refere aos esforços das autoridades sanitárias de minimizar os efeitos adversos gerados pelos produtos e serviços por meio da economia, especialmente aqueles associados com a produção de produtos alimentares e alimentos. A regulação da assistência se refere às organizações com funções de financiamento, provisão e funções de desenvolvimento de pesquisas. A esse respeito, regulação é uma metafunção dirigida às instituições, por meio de instrumentos tais como acreditação, certificação e estabelecimento de *ranking* (Murray; Frenk, 2000).


Regulação é uma tarefa do Estado, de maneira a garantir o interesse da população e melhorar o desempenho do sistema de saúde. Essa função regulatória pode ter várias formas: definição de arcabouço legal, regulação da competitividade, parâmetros mínimos e de excelência e, em particular, as várias formas de incentivo financeiro (Perrot, Carrin, Evans, 2005).

Regulação ocorre quando o governo controla ou deliberadamente influencia determinada atividade pela manipulação de variáveis como preço, quantidade e qualidade. É necessário ter em mente o espírito da regulação, é preciso sempre manter foco no seu objetivo, que é assegurar o desempenho do sistema de saúde, ou seja, prestar uma assistência eficiente e equitativa e atender às necessidades de saúde da população (Saltman; Busse; Mossialos, 2002).


1.6 Quem regula?

Regulação é uma importante macrofunção dos governos, normalmente introduzida pelo gestor local, regional, estadual e nacional ou por uma agência reguladora (Saltman; Busse; Mossialos, 2002). Para os gestores que querem prover as ações e serviços de forma mais eficiente e efetiva e disponibilizar serviços com custos adequados, os instrumentos e ferramentas da regulação, sem dúvida, podem contribuir para melhorar os resultados do setor. É uma função orientada por leis, decretos e protocolos que podem ser questionados judicialmente. Essas ferramentas são usadas em uma variedade de estratégias governamentais para induzir ou conter determinada ação. Além desses instrumentos e estratégias, é necessária a implementação de mecanismos que requerem capacidade de gerenciamento e equipe capacitada.

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



2 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

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



2 REGULAÇÃO ASSISTÊNCIAL

2.1 Introdução

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

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

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

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

2.2 Conceitos de regulação assistencial e regulação do acesso

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

Regulação da Atenção à Saúde: tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de Atenção à Saúde, dirigida ao conjunto de prestadores de serviços de saúde públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da Atenção à Saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (Brasil, 2006).

Regulação assistencial: definida no Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a eles. Portanto, requer o estabelecimento de protocolos assistenciais, com base nas evidências, assim como do aporte de recursos humanos, materiais e financeiros para a adequação da oferta conforme as necessidades de saúde da população.

Regulação do acesso: estabelecimento de meios e ações para a garantia do direito constitucional de acesso universal, integral e equânime.

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

Os complexos reguladores são considerados uma das estratégias da regulação de acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de Atenção às Urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas

sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos.

Os complexos reguladores compõem os sistemas logísticos, um dos componentes das redes de Atenção à Saúde que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2009).

Os complexos reguladores podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e sua gestão serem pactuadas em processo democrático e solidário entre as três esferas de gestão do SUS (Brasil, 2006).

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

2.3 Política Nacional de Regulação

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

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

2.3.1 Diretrizes da regulação no Pacto pela Saúde

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

- a. cada prestador responde apenas a um gestor;
- b. a regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município, conforme desenho da rede da assistência pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), observando o termo de compromisso de gestão do Pacto e os seguintes princípios:

- b.1 da descentralização, municipalização e comando único;
- b.2 da busca da escala adequada e da qualidade;
- b.3 a complexidade da rede de serviços locais;
- b.4 a efetiva capacidade de regulação;
- b.5 o desenho da rede estadual da assistência;
- b.6 a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS;
- b.7 a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização e do desenho das redes;
- b.8 a operação dos complexos reguladores, no que se refere à referência intermunicipal, deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:
 - b.8.1 - pelo gestor estadual, que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador;
 - b.8.2 - pelo gestor estadual, que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual;
 - b.8.3 - pelo gestor municipal com cogestão do estado e representação dos municípios da região.

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

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

2.3.2 Responsabilidades do gestor estadual na regulação assistencial

- a. Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;
- b. manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nessa atividade;
- c. elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual,

em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;

d. controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou à autorização prévia, quando couber;

e. operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;

f. coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção às urgências, de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

g. estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

h. participar da cogestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;

i. operar os complexos reguladores no que se refere à referência intermunicipal, conforme pactuação;

j. monitorar a implementação e a operacionalização das centrais de regulação.

2.3.3 Implantação da Política Nacional de Regulação

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

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

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

b.1 distribuir de forma equânime os recursos de saúde para a população própria e referenciada;

- b.2 distribuir os recursos assistenciais disponíveis de forma regionalizada e hierarquizada;
 - b.3 acompanhar dinamicamente a execução dos tetos pactuados entre as unidades e municípios;
 - b.4 permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados;
 - b.5 identificar as áreas de desproporção entre a oferta e a demanda;
 - b.6 subsidiar as repactuações na PPI e o cumprimento dos termos de garantia de acesso;
 - b.7 permitir o acompanhamento da execução, por prestador, das programações feitas pelo gestor.
- c. As funcionalidades gerais de um sistema de regulação abrangem:
- c.1 permitir o controle de acesso dos usuários do sistema informatizado;
 - c.2 configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza (executante e/ou solicitante), à oferta e à complexidade da mesma;
 - c.3 configurar a PPI para a população própria e referenciada, sua validade e o controle financeiro;
 - c.4 configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro;
 - c.5 permitir a hierarquização entre as centrais de regulação;
 - c.6 interagir com outros bancos de dados (CNES, CNS, PPI, SIA e SIH);
 - c.7 gerar arquivos para bases de dados nacionais;
 - c.8 gerar relatórios operacionais e gerenciais.
- d. capacitação e educação permanente das equipes gestoras estaduais e municipais, bem como dos demais entes envolvidos no processo, para a operacionalização das ações de regulação: o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) e do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), realiza, em conjunto com as Secretarias Estaduais e Municipais, o Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. O objetivo principal é a transformação das práticas nessas áreas, incorporando saberes e adequando-os às atuais necessidades da gestão do SUS, além da proposta de multiplicação em larga escala em todo o território nacional.

O Ministério da Saúde normatizou essa política por meio da Portaria GM/MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação e estabelece as ações para a sua implantação. E a Portaria GM/MS n. 2.907, de 23 de novembro de 2009, que dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

A Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, Coordenação-Geral de Regulação e Avaliação, é responsável no Ministério da Saúde pela implantação da política e dos sistemas de regulação.

2.4 Mecanismos e instrumentos de regulação assistencial

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

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

- » a realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos e demográficos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência;
- » a definição da estratégia de regionalização que explicita a inserção das diversas unidades na rede assistencial e a responsabilização dos gestores municipais na rede de atenção à saúde;
- » a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com os processos de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação;
- » a delegação, pelo gestor competente, de autoridade sanitária ao regulador, quando se fizer necessário, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação do

acesso, instrumentalizada por protocolos clínicos, e as linhas de cuidado previamente definidas.

Para o desempenho das funções de regulação da assistência é necessária a utilização de instrumentos de apoio, tais como:

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

2.5 Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

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

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

O CNES proporciona o suporte para operacionalizar os sistemas de informações em saúde, sendo estes imprescindíveis para um gerenciamento eficaz e eficiente. Propicia também, ao gestor, o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no processo de planejamento, programação, controle e avaliação da assis-

tência, assim como o acompanhamento da realização dos procedimentos comparado com a capacidade instalada do prestador e a apresentação da fatura de serviços.

O cadastro compreende o conhecimento dos estabelecimentos de saúde nos aspectos de Área Física, Recursos Humanos, Equipamentos e Serviços Ambulatoriais e Hospitalares.

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

São previstas as seguintes etapas no processo de cadastramento:

- a. o fornecimento da informação por parte do responsável pelo Estabelecimento de Saúde, por meio de preenchimento de um formulário disponível via Internet, em disquetes ou em papel. Essa etapa é utilizada de modo opcional pelo gestor responsável pelo cadastramento, o qual deve orientar os estabelecimentos localizados em seu território, sobre o seu adequado preenchimento;
- b. verificação *in loco*, de competência do gestor, para validar as informações prestadas pelos Estabelecimentos de Saúde;
- c. encaminhamento dos dados pelo gestor ao Datasus, que é responsável pela inclusão da unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;
- d. certificação do processo de cadastramento do estado, sob responsabilidade do Ministério da Saúde.

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

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

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

O sítio do CNES é acessado através do endereço: <http://cnes.datasus.gov.br>.

2.6 Cartão Nacional de Saúde

As informações sobre o Cartão Nacional de Saúde estão disponíveis no Livro 1 desta Coleção.

2.7 Implantação dos complexos reguladores nos estados

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

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

Como objetivos específicos destacam-se:

- » organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde mais adequados e oportunos, com base nos protocolos clínicos;
- » organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-la às necessidades e demandas da população;
- » oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
- » otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- » subsidiar o processo de controle e avaliação;
- » subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- » reorientar o planejamento das ações e serviços de saúde.

A implantação dos complexos reguladores faz parte da reorganização da assistência

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

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

2.7.1 Regulação das referências

É papel do gestor estadual:

- » criar mecanismos para a identificação da procedência dos usuários dos serviços ambulatoriais, enquanto não estiver disponível o Cartão Nacional de Saúde, para permitir o acompanhamento da Programação Pactuada e das referências intermunicipais;
- » monitorar o cumprimento efetivo dos termos de compromisso para garantia de acesso, por meio de relatórios trimestrais com informações mensais, acompanhando os fluxos das referências;
- » identificar pontos de desajuste sistemático entre a pactuação efetuada e a demanda efetiva dos usuários;
- » intermediar o processo regulatório quando os fluxos pactuados no nível macrorregional e microrregional não forem suficientes para garantir o acesso do usuário aos serviços necessários, articulando com a central de regulação e intervindo para que haja disponibilização de vagas para o usuário no local mais próximo de sua residência;
- » prestar apoio técnico aos gestores municipais para o exercício das funções de controle, avaliação e regulação;

- » intermediar acordos entre municípios em relação às condições estabelecidas para o encaminhamento de usuários.

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

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

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

2.7.3 Central de internação hospitalar

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

2.7.4 Unidade solicitante

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

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

2.7.5 Unidade executante

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

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

2.7.6 Reguladores

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

2.7.7 Gestores

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

2.7.8 Coordenadores

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

2.8 Sistemas de informação para a Regulação

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

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

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

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

2.9 Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

Em 19 de dezembro de 2001, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 2.309, que criou a Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC). A Central era uma solicitação dos gestores no sentido de organizar a porta de entrada do sistema de saúde para situações em que no território do estado não haja disponibilidade do serviço para atendimento da necessidade do usuário, ou quando, embora exista a oferta de serviço, esta seja insuficiente para atender à demanda. Era também preocupação dos gestores a necessidade de regular o fluxo dos pacientes com necessidade de realização de procedimentos de alta complexidade, que oneravam os limites financeiros de estados e municípios (Brasil, 2006).

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

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

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

Em 30 de julho de 2009, a Secretaria de Atenção à Saúde, considerando a necessidade de padronizar o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação de Alta Complexidade – Cerac – e a necessidade de definir normas específicas e o estabelecimento de parâmetros para o funcionamento dessas Centrais de Regulação, publicou a Portaria SAS/MS n. 258. Nessa portaria foram definidos os procedimentos de alta complexidade, nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia, com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das Cerac, em todo o território nacional.

2.9.1 Central estadual de regulação de alta complexidade

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

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

A Cerac solicitante é responsável, ainda, em proporcionar ao paciente o meio de transporte mais adequado conforme seu estado clínico. A CNRAC e os hospitais consultores

fazem, respectivamente, a análise dos requisitos que estabelecem a condição do estado solicitante e dos laudos eletrônicos, e indicam a opção assistencial mais adequada para os pacientes, acionando os estados executores para que seja providenciado o agendamento dos procedimentos.

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

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

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

São consideradas Cerac executantes aquelas SES que assumirem o papel de consultor/autorizador, disponibilizem rede de prestadores que executem os procedimentos de alta complexidade contemplados no elenco da CNRAC, possuam na sua estrutura organizacional equipe técnica qualificada, com médico regulador/autorizador, para analisar e autorizar os laudos de solicitação e apresentarem infraestrutura compatível que permita a utilização do sistema informatizado e dos processos administrativos. É responsabilidade da Cerac executante definir a data de agendamento e o prestador de serviço que irá realizar o procedimento solicitado. Na impossibilidade de execução do procedimento solicitado, deverá informar à CNRAC, que adotará as medidas necessárias ao redirecionamento do laudo de acordo com a capacidade da oferta nacional.


Somente os estados com ausência de serviços nas especialidades de cardiologia, on-

cologia, ortopedia, neurocirurgia/neurologia, epilepsia (exploração diagnóstica e cirurgia) e traumatologia-ortopedia poderão efetuar solicitação na CNRAC. Quando da necessidade da utilização de procedimentos nas especialidades contempladas na CNRAC cuja oferta seja existente na UF solicitante, mas insuficiente, a solicitação só será possível após a avaliação técnica da insuficiência pelo Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde estabelece uma série numérica de AIH/Apac para estados e municípios que atendem usuários encaminhados pelas Cerac e pela CNRAC que permite o ressarcimento de procedimentos por meio do Faec. É obrigatório o uso do Cartão Nacional de Saúde para a solicitação de procedimentos da CNRAC.



3

A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

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

3 A CONTRATUALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

3.1 Introdução

Na década de 1970, houve uma grande expansão da oferta e da participação do setor privado na prestação de serviços de saúde, financiada pelo Estado. Em muitos casos, isso ocorreu de modo desordenado e sem acompanhamento. Essa participação do setor privado estava pautada na lógica da oferta da rede privada e não considerava as necessidades da população. Além disso, carecia de mecanismos legais que pudessem legitimar a relação entre as partes (Brasil, 2006).

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

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

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

A ausência da formalização contratual fere um dos princípios do direito administrativo. Para mudar essa situação e adequar-se à legislação vigente, o gestor deve estar munido de informações suficientes e de instrumentos de regulação e de avaliação, para realizar uma contratação adequada às necessidades de serviços de saúde da população, definindo quais serviços, e em que quantidade, são necessários à complementação da oferta da rede pública. Deverá, também, considerar a Programação Pactuada e Integrada (PPI), a qual deverá identificar os serviços que serão contratados, atendendo aos princípios da escala e qualidade; obedecer às diretrizes estabelecidas no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e estabelecer mecanismos formais para contratação dos serviços.

3.2 Contratação dos serviços de saúde

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

Segundo a Constituição Federal de 1988 e a Lei n. 8.080/1990, são consideradas atribuições, tanto do gestor estadual como do gestor municipal, a gestão e a execução de serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo eles recorrer de forma complementar aos serviços ofertados pela rede privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária.

Ainda de acordo com a Lei n. 8.080/1990, a participação da iniciativa privada deverá se dar de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

A formalização contratual entre o poder público e a iniciativa privada é de suma importância, pois estabelece de forma clara os direitos e deveres de cada uma das partes, legitima o repasse de recursos públicos para o setor privado, define mecanismos de subordinação do processo de contratação às diretrizes das políticas de saúde do SUS e torna-se um forte instrumento de regulação e de avaliação dos resultados na prestação de serviços (Brasil, 2006).

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

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

3.2.1 Regulamentação do processo de contratação

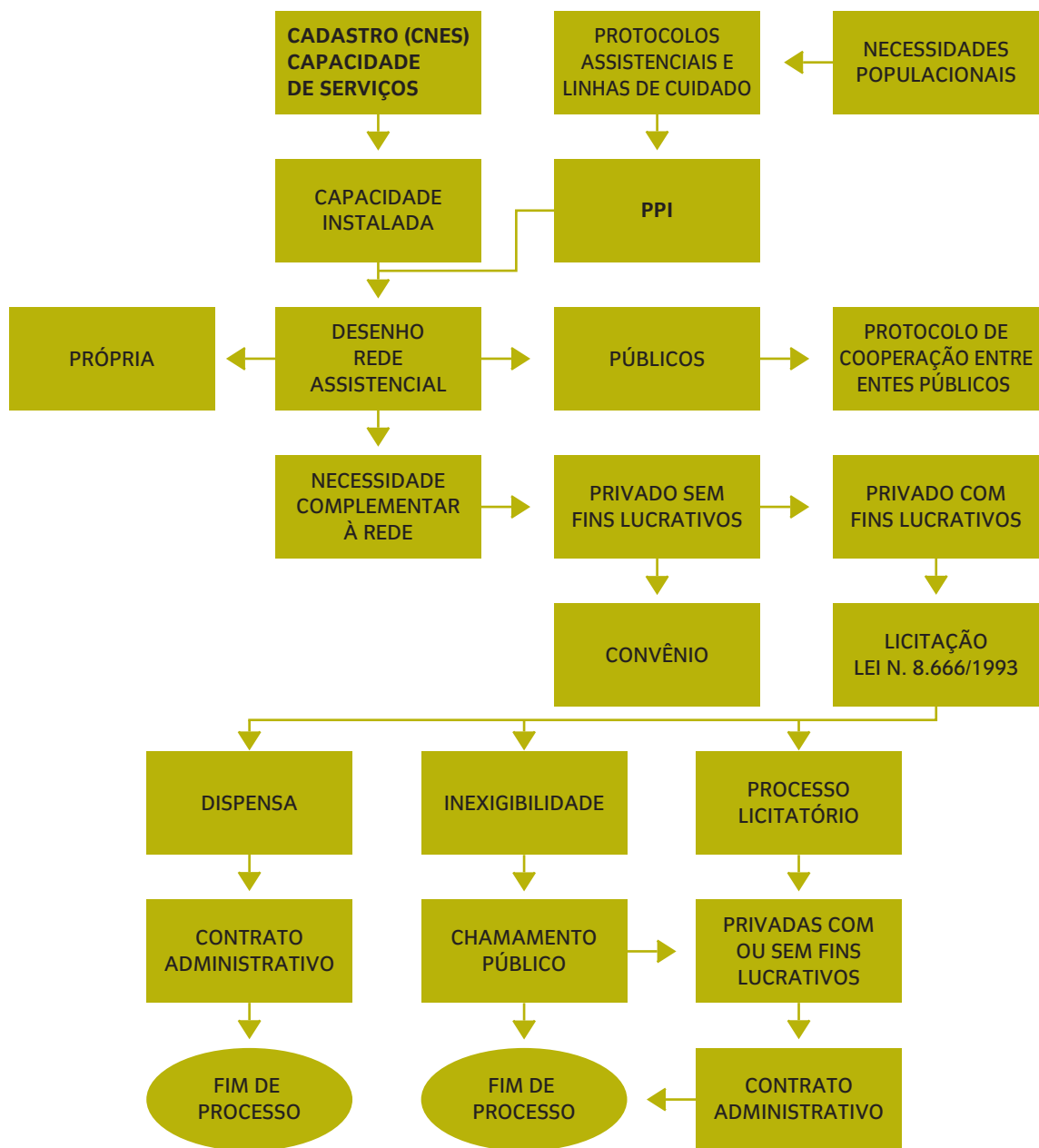
Embora a contratação de serviços de saúde no SUS seja preocupação dos gestores há muito tempo, ainda existem serviços sem contratos formalizados com os gestores. Essa preocupação com a situação de informalidade na prestação de serviços complementares ao SUS, e a necessidade de aprimorar o processo de formalização dos contratos, introdu-

ziram, no Pacto de Gestão – 2006, como meta a regularização das relações entre gestores e prestadores por meio da contratualização de todos os prestadores de serviço e da regulação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados.

3.2.2 A contratação dos serviços de saúde – passo a passo

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

Fluxograma de Contratação de Serviços de Saúde



3.2.2.1 FLUXOGRAMA DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (CONASS, 2006)

- a. O gestor consulta o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e verifica sua capacidade instalada;
- b. De acordo com as necessidades populacionais, devem ser definidos os protocolos assistenciais, contendo as ações e serviços que devem ser disponibilizados na Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- c. O próximo passo é a elaboração do plano operativo de cada unidade pública sob sua gerência, com a finalidade de identificar a necessidade de complementação de serviços e de organização da rede – devendo conter a definição de oferta, fluxo de serviços e pactuação de metas;
- d. Após a verificação do desenho da rede, caso se constate que a rede própria é suficiente para atender às necessidades populacionais, não é preciso contratar os prestadores da iniciativa privada;
- e. Caso se verifique que a rede própria é insuficiente, há necessidade de complementação: se houver em sua rede instituições públicas de outra esfera de governo, deverá formalizar-se um acordo para compra de serviços destas, por meio do protocolo de cooperação entre entes públicos;
- f. Caso persista a necessidade de complementação da rede, deverá recorrer à rede privada, priorizando as entidades filantrópicas. Deve ser lembrada a necessidade de sempre fazer uso da Lei n. 8.666/1993 para a realização de qualquer contrato ou convênio com particular;
- g. Para a complementaridade de serviços de saúde com instituições privadas com ou sem fins lucrativos serão utilizados os seguintes instrumentos:
 - g.1 convênio, firmado entre ente público e a instituição privada sem fins lucrativos, quando houver interesse comum em firmar parceria em prol da prestação de serviços assistenciais à saúde;
 - g.2 contrato administrativo, firmado entre ente público e instituições privadas com ou sem fins lucrativos, quando o objeto do contrato for a compra de serviços de saúde.
- h. A necessidade de complementação de serviços deverá ser aprovada pelo Conselho de Saúde e constar no Plano de Saúde respectivo;
- i. A legislação prevê dispensa de licitação prevista nos §§ 2º e 4º do art. 17 e nos incisos III a XXIV do art. 24 – as situações de inexigibilidade referidas no art. 25, necessariamente justificadas, deverão ser comunicadas dentro de três dias à autoridade superior, para ratificação e publicação na imprensa oficial, no prazo de cinco dias, como condição para eficácia dos atos;

- j. Quando existir impossibilidade ou inviabilidade de concorrência entre os prestadores, haverá inexigibilidade de licitação e, nesses casos, poderá fazer uso do chamamento público;
- k. Em caso de realização do procedimento licitatório, este gerará um contrato administrativo com as entidades privadas com ou sem fins lucrativos.

3.3 Contratualização

O momento atual da gestão do SUS tem provocado mudanças na relação entre gestor e prestador, passando de um processo meramente burocrático a uma nova modalidade contratual (contratualização). Essa modalidade não se restringe ao ato formal de contratação de serviços. Consiste em uma pactuação entre gestor e prestador de serviços, na qual são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador. São especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho (Brasil, 2006).

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

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

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

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

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

Em 19 de maio de 2010 o Ministério da Saúde publicou no DOU a Portaria n. 1.034, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece o prazo de 1 (um) ano para que os estados e municípios ajustem seus contratos e convênios ao disposto nessa Portaria. De acordo com a referida Portaria, as instituições privadas de assistência à saúde contratadas ou conveniadas com o SUS devem atender às seguintes condições:

- I. manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;
- II. submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS;
- III. submeter-se à regulação instituída pelo gestor;
- IV. obrigar-se a apresentar, sempre que solicitados, relatórios de atividade que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- V. atender às diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH; e
- VI. submeter-se ao Sistema Nacional de Auditoria – SNA, no âmbito do SUS.

3.3.1 Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde

No início do ano de 2003, identificou-se a necessidade urgente da formulação de uma política governamental para atender aos hospitais universitários e de ensino, considerando as especificidades relativas a essas instituições que, além da assistência, têm o papel de desenvolver ensino e pesquisa em saúde.

Com a necessidade de definir melhor o papel dos hospitais universitários e a sua inserção no SUS, no âmbito de estados e municípios, criou-se uma comissão interministerial e interinstitucional. Dessa forma, foi criado o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais de Ensino pelos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio da Portaria Interministerial n. 1.006/2004, tendo por objetivo reorientar e reformular a política para os hospitais de ensino do Ministério da Educação (MEC) no SUS e promover a inserção e a integração desses serviços na rede assistencial do SUS, mediante ações estratégicas definidas no processo de contratualização, com metas e indicadores especificados.

O Ministério da Saúde criou, no âmbito do SUS, para os hospitais de ensino que não são do Ministério da Educação, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, no âmbito do SUS, por meio da Portaria GM/MS n. 1.702/2004, que tem os mesmos objetivos do programa destinado aos hospitais do MEC.

Ações estratégicas

Esses programas definiram algumas ações estratégicas, descritas a seguir, que deverão ser explicitadas em cada convênio, mediante definição de metas e indicadores.

- » Definição do perfil assistencial, do papel da instituição e de sua inserção articulada e integrada com a rede de serviços de saúde do SUS.
- » Definição do papel da instituição na pesquisa, no desenvolvimento e na avaliação de tecnologias em saúde e de gestão, de acordo com as necessidades do SUS.
- » Definição do papel dos hospitais na educação permanente e na formação de profissionais de saúde.
- » Qualificação do processo de gestão hospitalar em razão das necessidades e da inserção do hospital na rede hierarquizada e regionalizada do SUS.

3.3.2 Hospitais de ensino

Em 2004, por meio da Portaria GM/MS n. 1.000 (já revogada) foram estabelecidos os critérios para a certificação e reconhecimento dos hospitais de ensino. À época, foram definidas como hospitais de ensino as instituições hospitalares que atuavam de campo para práticas de atividades curriculares na área da saúde, hospitais gerais e/ou especializados, de propriedade de instituição de ensino superior, pública ou privada, ou ainda, formalmente conveniados com instituição de ensino superior.

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

Em 2 de outubro de 2007, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Interministerial n. 2.400 que estabelece os requisitos para certificação de unidades hospitalares como hospitais de Ensino.

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

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

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

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

À época, o Ministério da Saúde estabeleceu um novo modelo de financiamento e alocação de recursos financeiros para a atenção à saúde, a gestão, o ensino, a educação e a pesquisa por meio de orçamentação mista do custeio do hospital de ensino, composta por um componente fixo mensal, um componente com valor variável conforme o cumprimento das metas estabelecidas e um componente correspondente à produção de serviços de alta complexidade mediante a apresentação dessa produção.

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

3.3.3 Hospitais filantrópicos

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n. 1.721, de 21 de setembro de 2005, criou o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde. São considerados hospitais filantrópicos os hospitais privados sem fins lucrativos certificados como Entidade de Fins Filantrópicos de acordo

com o Decreto n. 2.536, de 6 de abril de 1998, que posteriormente teve sua redação alterada pelo Decreto n. 5.895, de 18 de setembro de 2006. O Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS pressupõe:

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

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

- » recursos financeiros recebidos pela produção de serviços, tomando como referência a série histórica dos últimos doze meses;
- » o impacto dos reajustes dos valores da remuneração de procedimentos ambulatoriais e hospitalares a partir da data da publicação dessa portaria;
- » o incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (Integrasus);
- » o Incentivo para a Assistência Ambulatorial, Hospitalar e de Apoio Diagnóstico à População Indígena (Iapi);
- » quaisquer outros incentivos repassados de forma destacada;
- » os novos recursos por meio do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC), referentes ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS;
- » os recursos financeiros repassados ao estabelecimento de saúde pelos municípios e ou estados, sejam esses recursos atuais ou futuros;

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

Por sua vez, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) regulamentou o Programa, por meio da Portaria SAS/MS n. 635, de 10 de novembro de 2005, estabelecendo os aspectos

técnicos que deverão ser seguidos, notadamente a elaboração de um instrumento de contratualização ali denominado convênio/contrato, com a previsão de metas quantitativas e qualitativas que visem ao aprimoramento do processo de atenção à saúde e de gestão hospitalar, dentre outros aspectos relevantes.

Nessa modalidade de contrato, o Plano Operativo (PO) deverá especificar as metas físicas e de qualificação para as ações e atividades propostas, bem como os indicadores que permitam o seu acompanhamento e avaliação. Esses indicadores são mais detalhados na Portaria GM/MS n. 3.123, de 7 de dezembro de 2006, portaria que sugere um modelo para elaboração do Plano Operativo.

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

Certificação de entidades beneficentes e de Assistência Social

Em 30 de novembro de 2009, foi publicada, no Diário Oficial da União, a Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de Assistência Social. O artigo 42 dessa Lei alterou os incisos III e IV do artigo 18 da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que tratam de competências do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. Portanto, com a publicação da referida Lei, o CNAS deixou de ter competência para a análise e julgamento dos pedidos de concessão e renovação do certificado.

Assim, a análise e a decisão dos requerimentos de concessão ou de renovação dos certificados das entidades beneficentes de Assistência Social serão apreciadas no âmbito do Ministério da Saúde, quanto às entidades da área da Saúde; da Educação, quanto às entidades educacionais; e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, quanto às entidades de Assistência Social.

Ressalte-se que está em andamento, sob a coordenação da Casa Civil da Presidência da República, um Decreto que regulamentará a Lei n. 12.101/2009.

3.3.4 Hospitais de pequeno porte

A Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte foi instituída pela Portaria Ministerial GM/MS n. 1.044, de 1º de junho de 2004, a qual estabelece os critérios de adesão para os hospitais e municípios. Segundo essa portaria, estão aptos a aderirem a essa política os hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos; que estão localizados em municípios ou

microrregiões com até 30.000 habitantes; que possuem entre 5 e 30 leitos de internação cadastrados no CNES; e que estão localizados em municípios que apresentam cobertura da estratégia de Saúde da Família igual ou superior a 70%. Esses critérios poderão ser adequados por cada gestor de acordo com a Política Estadual de Assistência Hospitalar.

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

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

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

3.4 Modalidades de contratação

3.4.1 Processo licitatório

A licitação é uma exigência constitucional obrigatória para toda a administração, prevista no artigo 37, inciso XXI da Constituição Federal de 1998 e estabelecida pela Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993, que regulamenta a contratação de bens e serviços pela administração pública. É um procedimento administrativo mediante o qual a administração pública tem a possibilidade de escolha da proposta mais vantajosa para a contratação de seu interesse, seja no que diz respeito ao melhor preço ou em relação às diferentes técnicas empregadas. Desenvolve-se por meio de uma sucessão de atos que buscam pro-

piciar igualdade a todos os interessados, atuando como fator de eficiência e moralidade nos negócios jurídicos. Os contratos firmados entre gestores e prestadores devem ter como referência a tabela nacional do SUS para o estabelecimento de preços.

3.4.2 Inexigibilidade

O processo licitatório para contratação é inexigível quando há inviabilidade ou impossibilidade de competição entre os prestadores, segundo o artigo 25 da Lei n. 8.666/1993. Em muitos casos, essa é a situação da prestação de serviços de saúde, seja pelo fato de haver em um determinado território apenas um prestador habilitado para fornecer o objeto a ser contratado, seja pelo fato de a técnica e o preço do serviço a ser contratado terem sido definidos de antemão pelo gestor. Nesses casos, sugere-se a utilização do mecanismo de chamamento público dos prestadores de saúde.

3.4.3 Chamamento público

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

3.4.3.1 PROCEDIMENTOS PARA A CHAMADA PÚBLICA:

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

3.5 Tipos de contratos

3.5.1 Termo de Cooperação entre Entes Públicos – Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos

O Termo de Cooperação entre Entes Públicos foi o instrumento instituído pela NOAS n. 1/2001. Esse termo é destinado à formalização da relação entre gestores quando uma unidade pública prestadora do serviço de saúde situada em determinado município, embora sob sua gestão, pertença ao ente estadual. Trata-se de mecanismo que viabiliza a contratação dos serviços de saúde ofertados e a respectiva forma de pagamento, visando fixação de metas contidas num plano operativo (a ser cumprido pela Secretaria Estadual de Saúde) mediante repasse financeiro pelo Fundo Nacional de Saúde, após a autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

No DOU do dia 22 de janeiro de 2010, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 161, que dispõe sobre o art. 3º da Portaria n. 699/GM, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos, que passou a ser designado Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos.

O Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos – PCEP – é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra. Entende-se gerência como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços no SUS.

O PCEP deverá contemplar a definição da oferta e fluxos de serviços, metas qualitativas e quantitativas, bem como mecanismos de acompanhamento e avaliação, assim como um Plano Operativo Anual contendo:

- I. definição das metas físicas das unidades, atendimentos ambulatoriais, atendimentos de urgência e emergência e dos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, com os seus quantitativos e fluxos de referência e contrarreferência;
- II. definição das metas de qualidade; e
- III. descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão.

Os recursos de custeio de ações e serviços de saúde a serem transferidos serão correspondentes, preferencialmente, à realização das metas pactuadas no Plano Operativo Anual, e não por produção de serviços. A transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS), relativa ao valor do PCEP, deverá ser feita preferencialmente para o Fundo de Saúde do ente que gerencia a unidade pública de saúde.

Os gestores devem instituir uma comissão de acompanhamento com as seguintes competências:

- I. avaliar o cumprimento das metas físicas pactuadas, mediante o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais;
- II. propor, quando necessário, modificações nas cláusulas do PCEP, desde que não alterem seu objeto; e
- III. propor indicadores de avaliação do Plano Operativo Anual.

A aprovação do Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos significa um avanço na pactuação entre os gestores do SUS no que se refere à formalização da relação entre gestores. Esse protocolo define o papel da unidade no sistema municipal e localregional, o perfil dos serviços a serem ofertados através das metas físicas e qualitativas, de acordo com as necessidades de saúde da população, bem como os mecanismos de acompanhamento e avaliação.

Destaca-se que o protocolo orienta que as unidades públicas prestadoras de serviços devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo, e não por produção de serviços. Dessa forma, aponta para uma nova maneira de financiamento dos serviços de saúde, com a definição de metas físicas e de qualidade, o que permite um melhor acompanhamento dos resultados (CONASS, 2009).

3.5.2 Convênios

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

3.5.3 Contrato de gestão

De acordo com a Lei Federal n. 9.637, de 15 de maio de 1998, entende-se por contrato de gestão o instrumento firmado entre o poder público e a entidade privada qualificada como organização social, com vistas à formação de parceria entre as partes para fomento e execução de atividades e serviços de interesse público, tais como atividades dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde.

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

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

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

3.5.4 Contrato administrativo

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

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

3.6 Plano Operativo

O Plano Operativo é o instrumento que deverá integrar todos os tipos de contrato entre o poder público e o setor privado e deverá conter elementos que demonstrem a utilização da capacidade instalada necessária ao cumprimento do objeto do contrato, a definição da oferta e dos fluxos de serviços e as metas pactuadas entre o gestor e o prestador. O Plano Operativo deverá ser elaborado por todas as unidades de saúde que prestem serviços ao SUS, sejam elas públicas ou privadas. É um instrumento de suma importância, não só por apresentar as ações e atividades serem desenvolvidas pelo prestador, mas também por possibilitar a utilização de mecanismos mais eficazes de controle e avaliação. Ele deverá conter:

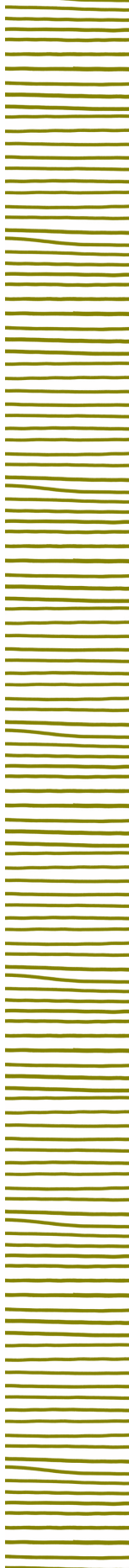
- » identificação da unidade e de seus responsáveis;


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



4

CONTROLE E AVALIAÇÃO

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



4 CONTROLE E AVALIAÇÃO

4.1 Introdução

A constituição de instâncias de controle e avaliação no extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) se deu concomitante e atrelada à construção dos sistemas de informações da assistência à saúde, o Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), que, com suas respectivas tabelas de procedimentos, passaram a fomentar uma grande base histórica de dados da produção ambulatorial e hospitalar e passaram a ser a base dos credenciamentos e habilitações no SUS (Brasil, 2006).

O Inamps estruturou seus sistemas de informações norteado por uma lógica contábil, quantitativa e centralizadora, e elegendo como evento básico de interesse o evento médico (Moraes, 1994).

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

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

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

A partir de 1994, a descentralização do sistema ganhou um novo ritmo quando a AIH em disquete foi efetivamente implementada em todo o território nacional. Em lugar do formulário impresso pré-numerado, o Ministério da Saúde passou a distribuir apenas a série numérica a ser utilizada e um *software* previamente entregue a todas as unidades (Carvalho, 1997).

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

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

Diferente do SIH, o SIA não exigia dados dos usuários, mas registros dos quantitativos mensais de procedimentos por níveis de complexidade ou especialidade, realizados em cada estabelecimento e informados por meio de Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) (Brasil, 2006).

Com a criação do SUS, a Lei n. 8.080/1990 estabelece que o controle e a avaliação do SUS são competências comuns das três esferas de governo e, portanto, devem envolver diversas instâncias do SUS, tais como os Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores, Sistema Nacional de Auditoria, entre outros.

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

Para a habilitação nas condições de gestão parcial e semiplena, os estados e municípios tinham que comprovar, entre outros pré-requisitos, a constituição de serviços de controle, avaliação e auditoria, com profissionais médicos designados para a Autorização da Internação Hospitalar (AIH), e de procedimentos ambulatoriais de alto custo, e a capacidade técnica de operar o SIA, o SIH e a central de controle de leitos.

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

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

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

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

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

4.2 Conceitos

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

O Ministério da Saúde entende de forma semelhante quando refere que o controle pode ser entendido como a supervisão contínua que se faz para verificar se o processo de execução de uma ação está em conformidade com o que foi regulamentado, para averiguar se algo está sendo cumprido conforme um parâmetro, próximo de um limite pré-fixado, se estão ou não ocorrendo extrapolações. Refere ainda que o controle pode se dar de forma antecipada, concomitante ou subsequente ao processo de execução das atividades (Brasil, 2002).

Outra definição é que o controle é a vigilância contínua e periódica da implementação de uma atividade e seus distintos componentes a fim de assegurar que a entrada (*input*), o processo de trabalho e produção prevista (*output*) e outras ações necessárias funcionem conforme planejado (Silver, 1992).

Já a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar nas tomadas de decisão. Esse julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (Contandriopoulos et al., 1997).

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

A avaliação tem como objetivos:

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

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

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

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

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

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

A apreciação dos resultados é a comparação entre os resultados observados e os resultados esperados, também utilizando normas e critérios. Contandriopoulos et al consideram esse tipo de abordagem insuficiente para realizar um julgamento. Para eles, a pesquisa avaliativa é mais adequada para a abordagem dos resultados (CONASS, 2003).

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

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

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

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

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

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

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

A avaliação normativa tem por finalidade principal ajudar os gestores no desenvolvimento de suas funções. Ela é realizada normalmente pelos responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção proposta. Já a pesquisa avaliativa exige rigor científico.

fico no embasamento teórico e na aplicação metodológica e é frequentemente realizada por pesquisadores exteriores à intervenção.

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

A “efetividade”, por seu turno, é a capacidade de produzir o efeito desejado em condições reais. Ainda no nosso exemplo, o acompanhamento pré-natal será efetivo na redução da morbimortalidade de uma população somente se houver cobertura e qualidade adequada na sua realização. O terceiro conceito é o da “eficiência”. A eficiência pondera a relação entre o impacto real e os custos das ações. Assim é que o mapeamento genético realizado de rotina no pré-natal para diagnósticos de síndromes genéticas tem uma baixa eficiência, pois possui um alto custo para detectar pouquíssimos casos. Além do que, o diagnóstico das síndromes genéticas durante a gestação não se traduz em redução da morbimortalidade (CONASS, 2003).

4.3 Ações de controle e avaliação

Antes da abordagem sobre as ações de controle e avaliação a serem desencadeadas pelo gestor, deve-se atentar para alguns pontos. As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população (CONASS, 2003).

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

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

Segundo definição emanada da NOAS 01/2002, o controle e a avaliação a serem exercidos pelos gestores do SUS compreendem o “conhecimento global dos estabeleci-

mentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições”.

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

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

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

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

- » Planos de Saúde e Relatórios de Gestão aprovados pelos Conselhos;
- » Plano Diretor de Regionalização – PDR;
- » Plano Diretor de Investimentos – PDI;
- » Programação Pactuada e Integrada – PPI;
- » Pactos de Indicadores;
- » Termos de Compromisso de Gestão;
- » Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos;
- » outros instrumentos existentes.

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

O Termo de Compromisso de Gestão Estadual define que as funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

Atribuições do Controle, Regulação e Avaliação

As ações atribuídas ao Controle Assistencial compreendem:

- » cadastramento dos serviços e dos usuários deve ser fidedigno, completo e atualizado permanentemente, de forma a constituir base segura para o processo de programação e organização da assistência;
- » o processo de compra de serviços à rede privada complementar, quando a rede pública oferecer atendimento insuficiente, deverá obedecer aos preceitos da legislação e às normas que orientam a administração pública;
- » a autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade: os fluxos devem facilitar o acesso dos usuários sem prejuízo do monitoramento adequado da produção e faturamento dos serviços;
- » desenvolver mecanismos de controle da regularidade dos pagamentos efetuados aos prestadores de serviços de saúde;
- » aplicação de Portarias e normas técnicas e operacionais do Sistema Único de Saúde;
- » controle e acompanhamento da relação entre programação/produção/faturamento: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados; e
- » - controle do acesso assistencial.

A avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde prestados deve ser sistematicamente realizada pelo gestor respectivo, criando mecanismos que garantam a participação da população na avaliação do sistema, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

As ações atribuídas à avaliação compreendem:

- » avaliação da relação entre programação/produção/faturamento: o gestor público deve ser dotado de instrumentos que lhe permitam acompanhar os prestadores na execução dos recursos programados;

- » avaliação de qualidade e satisfação dos usuários do sistema: deve-se buscar a implementação de indicadores objetivos, baseados em critérios técnicos, mas incluir a avaliação dos usuários quanto à acessibilidade, à resolubilidade e à qualidade dos serviços; e
- » avaliação de resultados e impacto das ações e serviços no perfil epidemiológico da população: deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em razão dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde.

Ao gestor estadual caberá acompanhar, controlar, regular e avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a execução das ações e serviços de saúde prestados em seu território, respeitadas as competências municipais. O gestor estadual tem, entre suas competências, a de prestar apoio técnico e financeiro aos municípios e acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS.

4.4.1 Estruturação dos órgãos de controle e avaliação

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

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

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

- » Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- » Cartão Nacional de Saúde;
- » comissões autorizadoras/médicos autorizadores;
- » protocolos clínicos objetivam garantir a alocação de recursos terapêuticos e propedêuticos mais adequados a cada situação clínica considerada;
- » indicadores de parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade;
- » manuais do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA);
- » manuais de orientação disponibilizados aos gestores no site do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br;
- » mecanismos de acompanhamento da PPI e da Programação dos Estabelecimentos;

- » Portarias técnicas específicas;
- » sistemas de orçamentos públicos em saúde;
- » instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários;
- » Serviço de Atendimento à Demanda (Sade) e o Disque-Saúde;
- » Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

4.4.3 Cadastramento dos estabelecimentos e profissionais de saúde

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

4.4.4 Credenciamento/habilitação dos prestadores

Credenciamento é o ato de o gestor municipal ou estadual certificar um estabelecimento de saúde para a realização de procedimentos constantes nas tabelas do SUS, que pode necessitar ou não de ratificação do gestor federal (habilitação) conforme normas vigentes. Vale salientar que o credenciamento deve estar em consonância com o processo de regionalização e cabe ao estado coordenar esse processo em relação aos municípios.

4.4.5 Elaboração de contratos com os prestadores

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

4.4.6 Elaboração da programação físico-orçamentária por estabelecimento

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

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

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

Esse processo visa também:

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

A FPO está subdividida em quatro blocos, e cada bloco, em vários campos. Os blocos compreendem: dados operacionais, dados de controle, dados da programação e formalização. Essa ficha deve ser preenchida em 1 (uma) via, podendo ser por meio magnético (FPO magnético), e, em seguida assinada pelo gestor. Caberá ao gestor liberar cópia da FPO para o prestador.

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

4.4.7 Cooperação técnica

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

4.4.8 Autorização de internações e de procedimentos especializados e de alta complexidade

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o documento hábil para identificar o paciente e os serviços a ele prestados sob regime de internação hospitalar e fornecer informações para gerenciamento do sistema. A AIH apresenta a estrutura composta por 13 dígitos, possibilitando a emissão de até 9.999.999 documentos de autorização de

internação/ano (Portaria SAS/MS n. 567, de 13 de outubro de 2005). Por meio de sua codificação, pode-se identificar, entre outros dados, a Unidade Federada a que pertence e o ano de utilização.

As séries numéricas de AIH para os procedimentos regulados pela CNRAC e para os procedimentos do Projeto de Cirurgias Eletivas são definidas pelo Ministério da Saúde. A série numérica de AIH de uso geral é definida pelos gestores estaduais e do Distrito Federal, obedecida a composição estabelecida na Portaria SAS/MS n. 567, de 13 de outubro de 2005 (Brasil, 2006).

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

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

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

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

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

O laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar deverá ser encaminhado à unidade gestora local, na qual o profissional responsável pela emissão de AIH analisa os dados contidos nesse documento. A partir dessa análise, ou ele considera as informações insuficientes para uma decisão e solicita dados adicionais, ou considera as informações procedentes, aprova a internação e autoriza a emissão da AIH. Autorizada a internação, o órgão emissor preenche no campo específico do laudo para solicitação/autorização de internação hospitalar o número da AIH do paciente e a identificação do autorizador (Brasil, 2009).

Não é permitido que o médico que solicita a internação autorize a AIH dessa mesma internação. Devem ser profissionais diferentes: o assistente e o autorizador da AIH. Não há impedimento legal para que um médico autorizador seja também médico assistencial em estabelecimentos que estejam sob a gestão em que ele é autorizador. (Brasil, 2009).

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

A Apac é o instrumento criado em virtude da necessidade de acompanhar, controlar e individualizar os procedimentos de alta complexidade/custo realizados em nível ambulatorial, bem como a cobrança desses procedimentos. Existe um laudo específico para emissão de Apac, e ela pode ser autorizada para procedimentos de tratamento contínuo tais como: terapia renal substitutiva, oncologia, medicamentos de dispensação em caráter excepcional. A autorização para a emissão de Apac ocorre antes da execução dos procedimentos e, assim como a AIH, envolve a análise do laudo e a compatibilização com as normas vigentes.

4.4.9 Alimentação regular dos bancos de dados dos sistemas de informações

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

Em julho de 2005, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para o desenvolvimento e a consolidação da unificação das tabelas de procedimentos ambulatoriais e hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Em 6 de novembro de 2007, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 2.848 que aprovou a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM – do Sistema Único de Saúde – SUS – que substituiu as respecti-

vas tabelas de procedimentos dos sistemas SIA e SIH/SUS e tinha como objetivo principal a integração das bases de informações do SUS (SIA/SIH) e a construção do Sistema de Informações de Atenção à Saúde (Sias).

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

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

Dessa forma, a partir de janeiro de 2008, os gestores e prestadores do SUS tiveram que adotar a tabela unificada de procedimentos para a programação, processamento e apresentação de faturas dos serviços prestados aos usuários do SUS.

4.4.10 Monitoramento das ações e serviços de saúde

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

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

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

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

- » situação cadastral da unidade;
- » relatório de acompanhamento da programação físico-orçamentária;

- » relatório síntese da produção ambulatorial;
- » relatório de frequência de procedimentos (TAB);
- » relatório síntese da produção da Apac;
- » relatório demonstrativo das Apac apresentadas;
- » Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- » discriminativo de pagamentos de serviços;
- » relatório da situação da produção.

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

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

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

- » atualizações de Cadastro e da Programação Físico-Orçamentária (FPO);
- » atualização de competência e da versão do SIA;
- » consistência de tabela de valores;
- » inserção e alteração de faixas numéricas das Apac;
- » importação do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA);
- » importação de Apac;
- » importação de Siscolo;
- » importação de Sis prenatal;
- » compatibilização com o CNES, por meio do “de para”;
- » geração de relatórios de erros;
- » conferência de relatórios de importação de Apac e BPA;
- » verificação de possíveis correções (reimportações de Apac);

- » verificação de rejeição e falta de orçamento e ajuste da FPO, se for o caso;
- » geração de Boletim de Diferença de Pagamento (BDP), que permite ao sistema, em virtude de correções tecnoadministrativas, efetivar descontos de valores pagos a mais ao estabelecimento de saúde;
- » fechamento de crédito (conferir sempre a versão, antes de fechar o crédito);
- » alimentação de base para o Versia;
- » geração de arquivo para o setor de pagamento;
- » impressão do relatório de crédito;
- » confirmação dos dados bancários;
- » impressão do relatório de acompanhamento dos disquetes;
- » impressão dos relatórios de acompanhamento para conferência de valores programados, aprovados e apresentados.

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

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

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

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

- » garantir maior autonomia ao gestor local no processamento das informações relativas a internações hospitalares, desde o cadastramento até o pagamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) em cada competência;
- » facilitar a gestão local no tocante ao controle dos seus tetos financeiros de assistências mensais;
- » facilitar a relação gestor/prestador;
- » disponibilizar aos gestores estaduais e municipais instrumentos tecnologicamente atualizados que contribuam para as atividades de planejamento, acompanhamento, regulação, controle e avaliação;

- » permitir aos gestores, prestadores e profissionais envolvidos na prestação de assistência hospitalar aos usuários do SUS amplo conhecimento das regras do sistema, possibilitando interferir e interpretar o processamento da produção mensal;
- » implantar um sistema que seja capaz de absorver gradativamente os procedimentos ambulatoriais (Lucas, 2004).

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

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

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

As Secretarias Estaduais ou Municipais de Saúde é que realizam o pagamento, na conta bancária informada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, após efetuar os descontos previstos em lei que incidem sobre valores decorrentes de serviços prestados (CONASS, 2004). Entretanto, os gestores estaduais e municipais, quando realizam contratos com as instituições hospitalares, o fazem considerando a capacidade de oferta que está disponível na instituição. Portanto, é responsabilidade dessas instituições estabelecerem a forma de vínculo com seus profissionais e arcarem com as obrigações trabalhistas decorrentes dessa opção.

O novo sistema prevê apenas a hipótese de contratação da pessoa jurídica, isto é, o vínculo forma-se apenas entre pessoas jurídicas.

4.5 Avaliação

Apesar da importância do controle e da avaliação para a geração de informação e para a gestão em saúde, por suas inter-relações com as variadas áreas que a integram, do pla-

nejamento ao replanejamento e à auditoria do sistema, até hoje as ações têm sido muito mais focadas no controle e muito pouco em avaliação.

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

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

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

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

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

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

4.5.1 Avaliação de gestão

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

Trata-se da análise da estrutura, dos processos e dos resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde. É fundamental a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem acessibilidade, integralidade da atenção, resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2006).

Medina, Aquino e Carvalho apontam que, na prática, nem sempre é fácil distinguir estrutura, processo e resultado, pois que a organização dos serviços de saúde é complexa e os diversos pontos de vista dos atores focalizam aspectos diferentes na sua definição. Outra crítica é a de que uma boa estrutura nem sempre está relacionada com um bom processo e com bons resultados. Os resultados em saúde, por sua vez, estão relacionados com a multideterminação, sendo a qualidade dos serviços e sistemas apenas um dos fatores das condições de saúde.

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

Basicamente, um sistema de informação deve produzir indicadores que sejam capazes de medir a eficiência na utilização dos recursos disponíveis da melhor maneira possível,

evitando desperdícios, promovendo a eficácia das ações produzidas no sentido do alcance dos melhores resultados possíveis, principalmente com relação à cobertura (número de pessoas atingidas) e à concentração (número de ações oferecidas a cada pessoa) e a efetividade no alcance de transformações concretas da situação de saúde, coerentes com os objetivos propostos pela gestão (CONASS, 2003).

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

Quando se trata de avaliação de gestão, deve ser observado o cumprimento dos planos de saúde expressos nos relatórios de gestão e nos Termos de Compromisso de Gestão. Este último expressa as responsabilidades sanitárias e as atribuições do respectivo gestor, as metas e os objetivos do Pacto pela Vida, as prioridades dos três gestores e os indicadores de monitoramento que integram os diversos processos de pactuação dos indicadores existentes.

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

4.5.2 Avaliação de sistemas de saúde

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

Sistema de saúde não é entendido apenas como uma rede prestadora de serviços, mas como uma complexa e organizada resposta social e política às necessidades, às demandas e aos direitos em saúde, em determinada sociedade e época (Mendes, 2009), pressupondo a prestação de serviços individuais e coletivos, assim como a participação em ações intersetoriais que visem melhorar a saúde da população.

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

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

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

A avaliação dos sistemas de saúde deve ter pelo menos três componentes: a avaliação dos resultados das condições de saúde da população, a avaliação da política de saúde consoante aos princípios do SUS e a avaliação dos recursos utilizados (Brasil, 2006).

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

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

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

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS – é o instrumento de avaliação qualitativa das ações e dos serviços de saúde, bem como da satisfação dos usuários do sistema. O Programa será aplicado a cada dois anos, sendo que o primeiro ano destina-se à realização da coleta, à consolidação e à análise das informações, assim como à divulgação dos resultados, e o segundo ano será destinado à implementação de ações visando à melhoria da qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

Os recursos destinados às ações do PNASS são financiados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec, e transferidos fundo a fundo, pelo Ministério da Saúde, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios em Gestão Plena do Sistema.

A Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, por intermédio do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC/SAS, é o órgão responsável pela coordenação, implantação, implementação, capacitação e desenvolvimento do PNASS. Poderão ser priorizadas áreas de avaliação dos serviços de saúde, de acordo com critérios epidemiológicos (Brasil, 2009).

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

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

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

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

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

- » agilidade no agendamento da consulta;
- » agilidade no atendimento;
- » acolhimento;
- » confiança;
- » ambiência (conforto, limpeza, sinalização, ruído);
- » roupas;
- » alimentação;
- » marcas da humanização;
- » gratuidade;
- » expectativa sobre o serviço.

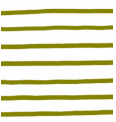
A pesquisa das condições e relações de trabalho é realizada por meio de questionário de autopreenchimento pelos profissionais de saúde das classes médica, de enfermagem (técnico e auxiliar) e administrativa (auxiliar), avaliando o clima organizacional e a percepção da qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2004). O cálculo amostral para a quantidade de entrevistas da pesquisa das relações e condições de trabalho é feito de acordo com o número de trabalhadores descritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

4.7 Acreditação dos serviços de saúde

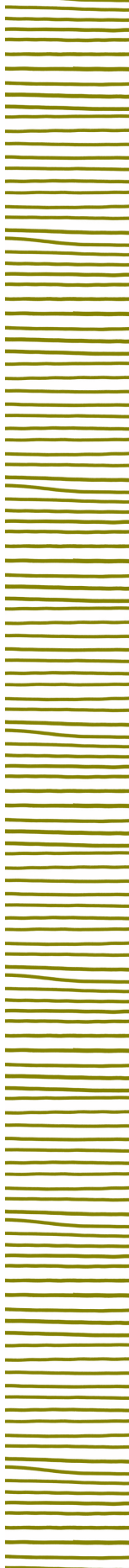
A acreditação é um processo de avaliação externa de caráter voluntário, por meio do qual uma organização, em geral não governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se estas atendem a um conjunto de padrões previamente estabelecidos que visam melhorar a qualidade do cuidado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

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

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



5 PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

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

5 PROGRAMAÇÃO PACTUADA E INTEGRADA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE (PPI)

5.1 Introdução

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

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

Durante a década de 1990, até o ano de 2001, o processo de construção do Sistema Único de Saúde foi implementado a partir de normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, tendo como documentos norteadores as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB), que representaram importantes instrumentos de consolidação do mesmo no país. Uma delas, a NOB 01/1996, teve um importante significado para a programação das ações de saúde, no momento que instituiu, além de uma significativa mudança na lógica do repasse dos recursos federais para os estados e municípios, por meio do estabelecimento do Piso Assistencial Básico (PAB), um valor *per capita* nacional para o custeio de procedimentos e ações de assistência da Atenção Básica, a Programação Pactuada Integrada (PPI), como um instrumento essencial para a programação e a alocação dos recursos destinados ao custeio das ações, consideradas como de média e alta complexidade (Brasil, 1996).

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

Contudo, sempre buscando o aperfeiçoamento e a consolidação do processo de implantação do SUS, os debates e negociações entre o Ministério da Saúde, o CONASS e o

Conasems continuaram, culminando com a elaboração de uma nova Norma Ministerial, editada em 2001 e denominada Norma Operacional da Assistência, a NOAS 01/2001. No seu contexto, estabelece o “processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”, instituindo como instrumento ordenador desse processo o Plano Diretor de Regionalização (PDR). No capítulo I, item 4, define-se que, “dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode ser subdividido em regiões e/ou microrregiões, além dos módulos assistenciais” (Brasil, 2001).

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

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

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

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

De acordo com as orientações contidas nessa norma, para toda e qualquer alteração dos limites financeiros estaduais e/ou municipais, é de competência dos estados manterem o Ministério da Saúde atualizado, por meio das planilhas preconizadas. Os recursos federais destinados à assistência para cada estado compõem o Limite Financeiro da Assistência, integrado por recursos da Atenção Básica e da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar.

Esse processo permitiu muitos avanços considerados importantes para consolidação do SUS. As programações pautadas nas diretrizes da descentralização e da regionalização, sob coordenação dos estados, proporcionaram negociações entre os gestores municipais para pactuações das referências intermunicipais, assim como apoiaram os municípios na elaboração das programações e pactos dos indicadores da Atenção Básica. Essa proposta permitiu maior transparência à alocação dos recursos, por meio das publicações dos limites financeiros dos estados e dos municípios, com definições das parcelas destinadas ao atendimento da população própria e da população referenciada.

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

Em 2003, com base nos consensos firmados na Carta de Sergipe, elaborada no 1º Seminário para Construção de Consensos, com participação dos secretários estaduais de Saúde das 27 Unidades Federadas, os gestores estaduais propuseram ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS, entendendo que o mesmo deveria integrar ações de Promoção à Saúde, à Atenção Primária, à Assistência de Média e Alta Complexidade, à Epidemiologia, ao Controle das Doenças e à Vigilância Sanitária e Ambiental, além de contribuir para um modelo de atenção a ser construído sob a égide da responsabilidade sanitária, em sintonia com os princípios do SUS e adequado à realidade das diferentes regiões do país (CONASS, 2003).

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

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

5.2 Programação das ações de saúde

5.2.1 Considerações gerais

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

O Pacto pela Saúde prevê que as ações de Atenção Primária sejam de responsabilidade de cada município, contudo, considerando as especificidades de cada estado, podem ocorrer dificuldades por parte do gestor municipal em realizar todas as ações previstas na atenção primária à saúde. A SES deve discutir formas para que esse processo seja assumido integralmente pelo gestor municipal, por meio de cooperação técnica e financeira. Com relação à programação das ações de média e alta complexidade, a diretriz prevê que, quando o serviço necessário estiver localizado em outro município, o gestor estadual coordene o processo de pactuação entre os gestores municipais para a garantia do atendimento de seus munícipes, em fóruns legitimados, e que essas negociações sejam apreciadas e aprovadas pelas CIB e pelos Colegiados de Gestão Regionais.

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

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

Em 22 de maio de 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS n. 1.097 que estabeleceu que a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja

um processo instituído no âmbito do SUS. A PPI deve estar em consonância com o processo de planejamento, para a definição das ações de saúde para a população residente em cada território, bem como estabelecer os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Nessa portaria estabelecem-se ainda os objetivos, pressupostos, eixos orientadores e produtos da PPI.

Eixos orientadores:

- » Centralidade da Atenção Básica;
- » Flexibilidade na conformação de aberturas programáticas;
- » Novos parâmetros para a programação das ações de saúde;
- » Integração das programações da assistência e Vigilância em Saúde;
- » Composição das fontes de recursos financeiros federais, estaduais e municipais a serem programados;
- » Fortalecimento da relação intergestores.

O DRAC (Departamento de Regulação, Avaliação e Controle) e Datasus desenvolveram um sistema informatizado para a Programação Pactuada e Integrada, denominado SISPPi, de uso opcional, com o objetivo de registrar as pactuações, constituindo como uma ferramenta de formalização das discussões intergestores.

Os gestores, ao definirem os critérios e parâmetros a serem utilizados para iniciar o processo de programação de ações e serviços, devem avaliar as necessidades e as demandas de saúde da população de um determinado território; os recursos necessários, definidos a partir dos protocolos clínicos; e a disponibilidade de recursos humanos, físicos e financeiros. O que não se pode perder de vista são as metas e os objetivos e a serem atingidos a partir das programações das ações, sejam eles os pactuados em nível nacional, regional ou municipal.

Para apoiar os gestores para o estabelecimento dos critérios e parâmetros das programações, mesmo podendo sofrer adequações regionais ou locais, existem recomendações. Uma delas, publicada em 12 de junho de 2002, e que permanece em vigência, é a Portaria GM/MS n. 1.101, que contém parâmetros de programação relacionados às ações e aos procedimentos ambulatoriais e de internações. Existem, também, portarias ministeriais específicas que dispõem sobre os parâmetros para a organização e a implantação de áreas específicas, a exemplo do caso de oncologia, da atenção aos pacientes com transtornos mentais, do atendimento às urgências e emergências, e de outras, que estão disponibilizadas no site do CONASS – www.conass.org.br, no do Ministério da Saúde/Secretaria da Atenção/Portarias, ou no Diário Oficial da União – www.in.gov.br. Os gestores, contudo, devem considerar sempre os protocolos clínicos e as condições de saúde prevalentes, para elaborar a programação das ações e serviços.

Uma importante mudança instituída pelo Pacto pela Saúde a ser considerada na proposta da Programação Pactuada e Integrada é a alocação de recursos em seis blocos, sendo um deles relativo ao financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade. Outro aspecto relacionado à programação que merece destaque, por ser mais uma das mudanças instituídas pelo Pacto pela Saúde, é a incorporação, na PPI, das ações financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec).

O CONASS tem estimulado e apoiado as equipes das SES a desenvolverem atividades para a integração das programações da Assistência e de Vigilância à Saúde, mas, ainda que possam ter ocorrido alguns avanços no decorrer dos últimos anos, esse é um desafio ainda a ser vencido.

5.2.2 Periodicidade da PPI

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

5.2.3 Monitoramento da PPI

Outro aspecto de fundamental importância é a adoção do processo de monitoramento e avaliação da PPI, função a ser realizada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. O processo deve ser permanente, por meio de análises comparativas, não somente entre as ações programadas e realizadas, ou entre valores produzidos e valores programados, mas também sobre o impacto na atenção à saúde da população, que possibilitem a revisão da PPI ou dos parâmetros adotados, a exemplo, dentre outros, dos fluxos pactuados e ocorridos, dos percentuais de internações adotados e realizados (total e por clínica) e dos valores médios adotados.

5.3 Etapas no processo da Programação Pactuada Integrada

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

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

5.3.1 Macroalocação dos recursos

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

- a. o financiamento dos procedimentos ambulatoriais especializados;
- b. o financiamento das internações hospitalares;
- c. reserva técnica, a ser alocada após a consolidação da PPI;
- d. também devem aqui ser definidos os incentivos permanentes que envolvam recursos de custeio.

5.3.2 Levantamento da capacidade instalada dos municípios

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

5.3.3 Definição dos parâmetros

A PPI deve refletir as necessidades de realização de ações e procedimentos para a melhoria de saúde de uma determinada população, portanto, os parâmetros utilizados para sua elaboração devem considerar as prioridades estabelecidas nos Planos de Saúde, com base no perfil epidemiológico e demográfico, na disponibilidade de serviços e dos recursos financeiros para sua execução. Podem-se definir parâmetros baseados em valores *per capita* por procedimento, por população, por áreas programáticas (mulher, criança, idoso, adolescente), ou ainda por condições de saúde (Atenção Materno-Infantil, Hipertensão, Diabetes, Câncer de Colo Uterino e de Mama).

Para dar consistência à programação, é importante que se estabeleçam linhas de cuidado que são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de promoção, prevenção, cuidado, reabilitação e palição, em todos os pontos de atenção de uma Rede de Atenção à Saúde (Mendes, 2009).

Portanto, ao construir as linhas de cuidado, se contemplam todas as ações e serviços necessários para atender a determinada condição e se definem todos os procedimentos, que se expressam na programação em todos os pontos de atenção necessários. As linhas-guias devem ser orientadas por protocolos clínicos. Os protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo da condição ou da patologia e em um ponto de atenção específico (Mendes, 2009).

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

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

5.3.4 Negociação entre os gestores municipais de saúde

Em primeira instância, é importante que cada gestor municipal realize a programação local das ações de atenção primária à saúde. A partir do levantamento de necessidades realizado pela atenção primária, e tendo considerado os quantitativos de procedimentos e/ou os valores definidos para financiamento das ações referentes à população residente nos seus territórios, os gestores devem pactuar a programação dos serviços especializados. Quando o serviço não existir em território próprio, os encaminhamentos intermunicipais e/ou interestaduais devem ser pactuados entre os gestores (de origem e de destino), sob a coordenação do gestor estadual, obedecendo aos parâmetros e critérios preestabelecidos e pactuados nas CIB.

5.3.5 Consolidação das programações e definição dos limites financeiros municipais

Concluídas as programações municipais, as Secretarias Estaduais de Saúde ou a equipe de trabalho formada por técnicos da SES e do Cosems devem consolidar o processo e compor as planilhas especificadas no anexo II da Portaria GM/MS n. 1.097, de 22 de maio de 2006. A partir dessas consolidações, serão definidos os limites financeiros de

cada um dos municípios, contemplando a parcela referente ao atendimento da população própria e da população referenciada, resultante das negociações intermunicipais ou interestaduais. Quando couber, os tetos serão acrescidos dos valores definidos como fundo de reserva e como incentivos de custeio.

O Ministério da Saúde disponibiliza um sistema de informação para o desenvolvimento e acompanhamento da PPI, o SISPPi, que pode ser acessado pelo endereço <http://saude.gov.br/sas>. Os estados que fizerem opção pela não utilização do SISPPi devem adotar sistemas de informação que gerem as informações definidas pela referida portaria.

5.3.6 Divulgação e encaminhamento dos limites financeiros

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

5.3.7 Alterações dos limites financeiros

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

5.4 Documentos elaborados no processo da PPI

5.4.1 Termo de Garantia de Acesso

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

5.4.2 Quadros com os limites financeiros da Assistência de Média e Alta Complexidade

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

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

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

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

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

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

Na coluna “Ajustes” devem ser registrados, por município, os valores que, em geral, são definidos previamente pela CIB, quando da definição da macroalocação, para situações que extrapolam o processo de negociação entre os gestores (por exemplo, o aporte de recursos para cidades-polo, para cidades turísticas, para população flutuante etc.)

e/ou valores que se referem à publicação de portarias que dão aportes de recursos que ainda não tiveram definição quanto ao total para ambulatório, internação, população própria ou referenciada, a exemplo de impactos de tabela.

Quadro 2 – DETALHAMENTO DOS VALORES PROGRAMADOS NAS SES

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

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

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

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

O Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) destina-se a formalizar a contratação dos serviços de saúde ofertados e a respectiva forma de pagamento de unidades sob gestão de uma esfera de governo e gerência de outra. A gerência pode ser estadual e gestão municipal ou gestão estadual e gerência municipal. O protocolo deve estabelecer o papel da unidade no sistema de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas físicas a serem cumpridas, o volume de prestação de serviços e o grau de envolvimento na rede estadual de referência.

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

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

No caso de unidades de saúde sob gestão estadual, devem ser registrados nesse qua-

dro os valores que correspondem aos serviços que ficarão sob gestão estadual em cada município. São valores a serem descontados do quadro 1 para transferência direta aos Fundos Estaduais de Saúde.

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

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

Quadro 7 – VALORES DE REPASSE AOS FUNDOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

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

Quadro 8 – VALORES DE REPASSE AO FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE

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


Quadro 9 – CONSOLIDADO DA PROGRAMAÇÃO

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



6

SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS (SNA)

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

6.1 Histórico

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

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

No ano de 1978 foi criada a Secretaria de Assistência Médica, subordinada ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Entre as suas ações, foi verificada a necessidade de se aperfeiçoar a GIH. Em 1981, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) substituiu a GIH no Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social. Em 1983, o cargo de médico-auditor foi reconhecido e a auditoria passou a ser feita diretamente nos hospitais (Denasus, 2006).

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

O objeto de trabalho da auditoria, no contexto do antigo Inamps, era reduzido e simplificado, constituindo-se, basicamente, em realizar auditoria sobre o procedimento médico-hospitalar, direcionando seu objetivo, naquela ocasião, para dar visibilidade à compra de serviços, pois a instituição atravessava uma crise de financiamento gerada por uma série de distorções e fraudes nos pagamentos de procedimentos à iniciativa privada, em razão da existência de grandes arranjos político-clientelistas entre o setor privado contratado e a tecnoburocracia da esfera federal (Ribeiro, 2001 e CONASS, 1997).

6.2 O Sistema Nacional de Auditoria

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Embora em 1995 o Decreto n. 1.651 tenha designado a Comissão Corregedora Tripartite, apenas em agosto de 2007 o Ministério da Saúde instituiu a Comissão Corregedora Tripartite (CCT) por meio da Portaria GM/MS n. 2.123, e, em outubro de 2009, publicou a Portaria GM/MS n. 2.517, designando os membros da referida comissão.

Para apoiar os trabalhos da comissão foi criada a Câmara Técnica da CCT, constituída por representantes dos componentes federal, estadual e municipal do Sistema Nacional de Auditoria.

Contudo, apesar da publicação das referidas portarias, pouco avançou o trabalho da comissão. É necessário reforçar a atuação da Comissão Corregedora do SNA para que ela possa atuar no funcionamento harmônico do SNA, estabelecendo uma atuação conjunta dos três entes gestores, para a melhoria dos processos de organização da atenção e da gestão do sistema.

Segundo Coleman et al., tanto a Lei n. 8.689/1993, como o Decreto n. 1.651/1995, foram resultado de um processo de discussão intensa entre as três esferas de governo, a fim de preservar ao máximo os preceitos contidos nas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 e na Constituição Federal. Nesse sentido, cabe apontar o empenho do CONASS, desde 1993, para a implantação do SNA de forma descentralizada, adequado à realidade do SUS. Em decorrência dessa ação foi elaborada, com a participação do CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e de um representante da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, a primeira minuta do decreto dispondo sobre o SNA, apresentada na reunião plenária do CONASS, ocorrida em setembro de 1993, em Foz do Iguaçu, Paraná (Santos, 1996).

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

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

O Sistema Nacional de Auditoria integra o sistema de auditoria e controle da administração pública. Nesse sentido, o SNA é uma instância regulatória do SUS que atua nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), tem autoridade pública, apresenta modelo diferenciado de controle dos serviços e ações desempenhados pelo sistema público, auditando o sistema quanto aos repasses de recursos e procurando associar as funções típicas de auditoria com a avaliação da qualidade da gestão (Ribeiro, 2001).

Antes de 1999, as atividades de auditoria e de controle e avaliação estavam organizadas no mesmo departamento no Ministério da Saúde. A partir de agosto de 1999, o Ministério da Saúde estabeleceu uma nova organização, separando as atividades do controle e avaliação do SUS e as atividades de auditoria. Assim, em 1º de junho de 2000, por meio do Decreto Federal n. 3.496 (revogado e substituído pelo Decreto n. 7.135/2010), foi criado o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), representado em todos os estados da Federação e no Distrito Federal, enquanto as atividades de controle e avaliação ficaram sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS).

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

As atividades do SNA do SUS referentes ao componente federal são desenvolvidas pelo Denasus, órgão atualmente inserido na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. A estrutura atual do Denasus é composta por uma direção e três coordenações gerais: Coordenação Geral de Auditoria, Coordenação Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica e Coordenação Geral de Infraestrutura e Logística.

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) tem por missão exercer ações de auditoria no âmbito do SUS para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A partir da publicação do Decreto n. 7.135, de 29 de março de 2010, no seu art. 34, foram estabelecidas as competências do Departamento Nacional de Auditoria do SUS:

- I. auditar e fiscalizar a regularidade da aplicação dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, bem como os procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas, no âmbito do SUS;
- II. verificar a adequação, a qualidade e a efetividade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população;
- III. estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas, no âmbito do SUS;
- IV. promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre as três esferas de gestão do SUS;
- V. promover, em sua área de atuação, cooperação técnica com órgãos e entidades federais, estaduais e municipais, com vistas à integração das ações dos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) com órgãos integrantes dos sistemas de controle interno e externo;

VI. emitir parecer conclusivo e relatórios gerenciais para:

VI.1 instruir processos de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde de valores apurados em seus relatórios de auditoria; e

VI.2 informar à autoridade superior sobre os resultados obtidos por meio das atividades de auditoria desenvolvidas pelas unidades integrantes do componente federal do SNA;

VII. orientar, coordenar e supervisionar, técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelas unidades integrantes do componente federal do SNA;

VIII. apoiar as ações de monitoramento e avaliação da gestão do SUS; e

IX. viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à produção do conhecimento no campo da auditoria no SUS.

Essa natureza sistêmica da auditoria do SUS assegura o desenvolvimento de ações integradas e subordinadas às competências e atribuições perfeitamente definidas nas esferas de governo, delineando uma estratégia de cooperação técnica entre os gestores, respeitada a autonomia de cada esfera de gestão, compatibilizada com os requisitos de presteza e agilidade administrativa (CONASS, 2002).

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

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

Não se pode perder de vista que a auditoria é um instrumento de gestão do SUS, assim como o planejamento, a regulação, o controle e a avaliação, e está inserida nas Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP). Cabe ressaltar que as FESP são entendidas como atribuições indispensáveis a serem exercidas pelos órgãos gestores da saúde, a fim de melhorar o desempenho das práticas de saúde por meio do fortalecimento das suas capacidades institucionais. A Função Essencial n. 6 é a “capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde” (CONASS, 2006).

Como conceito da auditoria do SUS, pode-se entender que:

É um processo sistemático para se comparar até que ponto uma determinada intervenção atingiu os objetivos pretendidos ou desejáveis. Pode ser aplicado a um sistema, um serviço, um programa, um projeto, uma política, um plano ou a qualquer outra atividade organizada. Permite a comparação do desempenho dos sistemas e serviços de saúde, tomando como referência os princípios e diretrizes organizativas do SUS, as responsabilidades e os papéis atribuídos aos entes governamentais (Brasil, 2005).

Nesse sentido, a auditoria no contexto do SUS tem conceito mais abrangente, incluindo aspectos de avaliação técnica, de apuração de resultados e de comprovação de qualidade, que precisam ser levados em conta para o êxito do controle financeiro (Santos, 1996). Vale destacar que a auditoria tem como objeto não somente o conjunto de procedimentos médico-assistenciais e o controle de contas, mas o sistema de saúde. A avaliação desse sistema deve ser mais abrangente, concebendo a saúde no seu sentido mais amplo, resultante de uma série de determinações sistêmicas como renda, cultura, habitação, saneamento, entre outros.

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

O fato é que, apesar de existir por um preceito legal e embora seja integrante do SUS, o Sistema Nacional de Auditoria não dispõe, ainda, de uma estrutura organizacional definida em todos os estados.

6.3 Organização do componente estadual do SNA

A partir da NOB 01/1996 e da NOAS 01/2002, ficou estabelecido como requisito comum para habilitação dos estados, nas duas condições de gestão, a comprovação da estruturação do componente estadual do SNA. Como instrumento de comprovação foram previstas a existência do ato legal de criação do componente estadual do SNA e a comprovação do funcionamento por meio de relatórios específicos e da realização de auditorias das ações e serviços de saúde.

Esse processo estimulou as Secretarias Estaduais de Saúde a desenvolverem ações nessa área, porém, ainda há necessidade de ampliar e aprofundar essa função nos estados. Como o SNA estrutura-se na forma descentralizada nas três instâncias de gestão, o componente estadual de auditoria deve se conformar ao sistema nacional, conforme

legislação do SUS, ocupando um lugar formal na estrutura organizacional da Secretaria Estadual de Saúde. Assim, é necessário que a auditoria estadual:

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

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

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

6.4 Estruturação mínima para o funcionamento do componente estadual do SNA

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

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

Em relação à equipe de auditoria, tendo em vista a complexidade do sistema estadual de saúde, é recomendável que seja uma equipe multidisciplinar e quantitativamente adequada para atingir os objetivos propostos e as atribuições estabelecidas, a exemplo de profissionais médicos, odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos e contábeis. Além disso, é necessário que a equipe tenha conhecimento técnico para executar as ações de auditoria, estando, se possível, capacitados na área da saúde coletiva ou auditoria em saúde pública. Por isso, “o treinamento desses profissionais deveria contemplar, de fato, as necessidades de capacitação em Epidemiologia, Economia em Saúde, Administração Sanitária, entre outras”.

Os auditores são responsáveis não só perante a instituição pública a que prestam serviço, mas também perante os usuários do SUS. Desse modo, podemos considerar como princípios básicos relativos ao auditor no exercício das suas atividades a independência, a soberania, a imparcialidade e o comportamento ético, entre outros (Silva; Borini; Pieper, 1996 e Brasil, 1998).

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

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

6.5 Atuação do componente estadual de auditoria

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

Para um melhor entendimento, consideram-se:

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

a.1 do secretário estadual de saúde;

a.2 de setores diversos da Secretaria, tais como regulação, controle e avaliação, planejamento, Vigilância à Saúde (Sanitária, Epidemiológica ou Ambiental), ouvidoria (denúncias) e outros.

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

- b.1 cidadão/usuário do SUS;
- b.2 Conselho Estadual de Saúde (CES);
- b.3 Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- b.4 Secretarias Municipais de Saúde;
- b.5 Ministério Público Federal;
- b.6 Ministério Público Estadual;
- b.7 Ministério da Saúde (Denasus ou Ouvidoria);
- b.8 Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- b.9 Controladoria Geral da União (CGU);
- b.10 imprensa e outros.

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

6.6 Atividades da auditoria do componente estadual do SNA

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

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

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

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

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

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

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

- a. a estrutura organizacional da Secretaria de Saúde;
- b. o Plano Municipal de Saúde e o relatório de gestão;
- c. a aplicação dos recursos transferidos para o Fundo Municipal de Saúde (FMS);
- d. o Conselho Municipal de Saúde;
- e. a oferta de serviços de saúde (ambulatorial e hospitalar) e a cobertura assistencial do SUS (Atenção Primária e Atenção Especializada);
- f. a organização dos serviços de saúde com base na regionalização da saúde do estado;
- g. os serviços públicos e os serviços privados conveniados ou contratados sob gestão municipal;
- h. o cumprimento da pactuação e de metas estabelecidas por:
 - h.1 Termo de Compromisso de Gestão (Pacto pela Saúde);
 - h.2 Programação Pactuada Integrada (PPI) da atenção à saúde;

- i. o componente municipal do SNA;
- j. a regulação e o controle e avaliação (cadastro, órgão emissor, central de regulação, licitações, contratos e convênios);
- k. a Ouvidoria; e
- l. a Vigilância à Saúde.

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

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

6.7 Execução das atividades de auditoria

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

- » analítico: conjunto de procedimentos especializados, que consiste na análise de relatórios do sistema de informações, processos existentes e documentos diversos, com a finalidade de avaliar se os serviços e os sistemas de saúde atendem às normas e padrões previamente definidos, delineando o perfil da assistência à saúde e seus controles;
- » operativo: conjunto de procedimentos especializados que consiste na verificação *in loco* do atendimento aos requisitos legais ou normativos, que regulamentam os sistemas, serviços ou atividades relativos à área da saúde, por meio do exame direto de fatos, documentos e situações (Brasil, 1998).

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

- » informações de saúde: estatísticas vitais, informações epidemiológicas e dados de morbidade, indicadores de saúde e informações demográficas e socioeconômicas disponibilizadas pelo Datasus e que poderão servir de subsídios para a análise objetiva da situação de saúde;

- » legislação atualizada: Leis, Decretos, Portarias, Normas, Resoluções;
- » orientações técnicas: roteiros, manuais, protocolos clínicos e operacionais;
- » sistemas informatizados e relatórios dos sistemas de informações nacionais do SUS: SIA, SIH, Siab, SIM, Apac, CNES, Hiperdia, Sisprenatal, Siops e outros, disponibilizados pelo Datasus;
- » tabelas de procedimentos do SUS: listagem de procedimentos ambulatoriais e hospitalares do SUS e seus respectivos valores;
- » informações providas do processo de gestão do sistema municipal de saúde, tais como plano municipal de saúde, relatório de gestão, Programação Pactuada Integrada da Atenção a Saúde (PPI), recursos disponíveis para a saúde, gastos no setor saúde, os contratos/convênios de prestadores de serviços, informações dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde, as quais constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de auditoria.

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

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

Outros sites interessantes e úteis para consulta são:

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

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

Caso seja verificada qualquer irregularidade na entidade auditada, sempre deve ser assegurado o direito de defesa. No caso de ter sido constatada a prática de crime, o relatório deve ser encaminhado para apreciação do Ministério Público (Brasil, 1995).

É necessário destacar que, no exercício da atividade de auditoria, “os órgãos do SUS e as entidades privadas que dele participarem de forma complementar ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho de suas atividades, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações”, conforme estabelecido no Decreto Federal n. 1.651/1995.

6.8 O componente estadual do SNA e o Pacto pela Saúde

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

As responsabilidades sanitárias e atribuições dos gestores do SUS devem ser construídas de forma compartilhada, cabendo aos estados coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão. Nesse contexto, o Termo de Compromisso de Gestão foi instituído como um instrumento de formalização do Pacto, sendo a sua assinatura a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade, devendo ser avaliado, anualmente, em relação ao cumprimento das responsabilidades e atribuições dos gestores relativos à gestão e os indicadores e metas do Pacto.

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

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

6.8.1 Responsabilidades dos estados na auditoria do SUS

A auditoria estadual deve:

- » realizar auditoria nos sistemas municipais de saúde;

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

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

a. Verificar o cumprimento, pelos municípios:

- a.1 do Plano Municipal de Saúde e do relatório de gestão;
- a.2 da operacionalização do Fundo Municipal de Saúde;
- a.3 dos indicadores e metas estabelecidas no Pacto pela Vida e no Pacto de Gestão;
- a.4 da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e de auditoria;
- a.5 da Programação Pactuada Integrada da Atenção à Saúde entre os municípios e respectivas referências intermunicipais;
- a.6 da atualização do cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;
- a.7 das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados.

b. Fiscalizar:

- b.1 a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos Fundos Municipais de Saúde e por convênios;
- b.2 os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;
- b.3 o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;
- b.4 a conformidade do pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares ou ambulatoriais;

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

No Pacto pela Saúde, referente ao componente Pacto em Defesa do SUS, um destaque

também deve ser dado à Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que define, no seu quarto princípio (inciso XIII), que o respeito à cidadania no sistema de saúde deve garantir o “acesso do paciente a mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confiabilidade”.

6.9 Termo de Ajuste Sanitário

O Ministério da Saúde publicou, em 3 de setembro de 2009, a Portaria n. 2.046, que regulamenta o Termo de Ajuste Sanitário – TAS – instituído pela Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007. O TAS tem como finalidade a correção de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS, constatadas por meio de auditoria. Antes da sua existência, o gestor municipal ou estadual devolvia ao Fundo Nacional de Saúde o dinheiro aplicado de forma contrária às normativas do Ministério. Com o TAS, o recurso permanece no município ou no estado, permitindo a correção da situação sem prejudicar o sistema.

O auditado tem o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar do recebimento do relatório final de auditoria, para propor a celebração do TAS junto ao órgão competente do SNA que realizou a auditoria. O órgão competente do SNA sobrestará o processo de auditoria quando for celebrado o TAS. Caso o gestor do SUS responsável pela correção da impropriedade não apresente expresso interesse em celebrar o TAS ou não se manifeste no prazo estabelecido, deve o órgão competente do SNA registrar essa informação.

Não cabe celebração do TAS:

- I. no caso de convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres;
- II. quando houver infração à norma legal; e
- III. quando a impropriedade resultar em ocorrência de desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

São consideradas impropriedades na gestão do SUS:

- I. o descumprimento de normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão, identificado e comprovado pelo órgão competente do SNA; e
- II. falhas de natureza formal de que não resulte dano ao erário.

O gestor compromitente, ao celebrar o TAS, obriga-se a:

- I. cessar a prática do ato causador da impropriedade;

- II. elaborar plano de trabalho;
- III. corrigir a impropriedade por meio das ações detalhadas no plano de trabalho; e
- IV. depositar o valor apurado, com recurso próprio do tesouro, no respectivo Fundo de Saúde, no caso de impropriedade no remanejamento dos recursos entre os blocos de financiamento.

Após a celebração do TAS e a comprovação do cumprimento haverá o arquivamento do processo de auditoria.

O plano de trabalho deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

- I. as ações a serem realizadas e o respectivo prazo;
- II. as metas a serem alcançadas; e
- III. a indicação das fontes de recursos para execução do plano, quando couber.

O plano de trabalho deverá ser apresentado juntamente com a proposição de celebração do TAS.

O TAS, após ser celebrado, será encaminhado pelo gestor do SUS ao Conselho de Saúde do gestor do SUS, à Comissão Intergestores Bipartite – CIB – e à Comissão Intergestores Tripartite – CIT – para ciência e acompanhamento da sua execução.

Quando a impropriedade constatada envolver obrigação junto à União, o gestor federal do SUS deverá ser parte compromissária do TAS.

As informações acerca da celebração e execução do TAS devem constar do relatório de gestão do gestor do SUS comprometente. É da competência do respectivo componente do SNA o acompanhamento da execução e verificação do cumprimento das obrigações contidas no TAS.

6.10 Considerações finais

O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados. Nesse sentido, cabe ao SNA implantar metodologias capazes de avaliar o impacto das ações e serviços e do sistema de saúde sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e a permanente seleção das prioridades na alocação de recursos (CONASS, 1997).

Destaque-se que a auditoria no SUS, institucionalizada e em processo de implemen-

tação no país, assume contornos mais definidos com a ampliação do seu objeto, inicialmente restrito à assistência médico-hospitalar, e seus custos para a avaliação do sistema de saúde e seus diversos componentes. Nesse sentido, a ampliação do objeto de auditoria teve a função de extrapolar o âmbito do controle burocrático dos prestadores privados para alcançar a avaliação dos resultados da prestação de serviços, das políticas e das condições de saúde da população, com o objetivo de impactar o planejamento e a tomada de decisões (Castro, 2004).

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Resolução INAMPS n. 45 de 12 de junho de 1984.

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

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

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

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

_____. Lei n. 8.666, 21 jun. 1993. *Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências*. Publicada no DOU de 22/6/93 e republicada no DOU de 6/7/94.

_____. Lei n. 8.689, 27 jul. 1993. *Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências*. Publicada no DOU de 28/7/93.

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

_____. Ministério da Saúde. Decreto n. 1.651, 27 set. 1995. *Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Publicado no DOU de 28/9/95.

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

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

_____. Lei n. 9.637, 15 maio 1998. *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais*. Publicada no DOU de 18/5/98 e retificada em 25/5/98.

_____. Lei n. 9.648, 27 maio 1998. *Altera dispositivos das Leis n. 3.890-A, de 25 de abril de 1961, n. 8.666, de 21 de junho de 1993, n. 8.987, de 13 de fevereiro de 1995, n. 9.074, de 7 de julho de 1995, n. 9.427, de 26 de dezembro de 1996.* Publicada no DOU de 28/5/98.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 33, 24 mar. 1998. *Publica o modelo padronizado de Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde – FCES.*

_____. Decreto Federal n. 2.536, 6 abr. 1998. *Dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências.* Publicado no DOU de 7/4/98.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 511, 29 dez. 2000. *Aprova a Ficha Cadastral dos Estabelecimentos de Saúde – FCES, o manual de preenchimento e a planilha de dados profissionais constantes nos anexos I, II e III dessa portaria, bem como a criação do Banco de Dados Nacional de Estabelecimentos de Saúde.* Publicada no DOU em 4 de janeiro de 2001.

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 589, 27 dez. 2001. *Implementa a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC, com objetivo de organizar a referência Interestadual de Pacientes que necessitem de Assistência Hospitalar de Alta Complexidade.*

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1044, de 1º de junho de 2004. *Institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte*. Publicada no DOU de 2 de junho de 2004 e retificada em 21 de julho de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 423, de 9 de julho de 2002. *Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS*. Publicada no DOU de 27/6/2002 e republicada em 9/7/2002.

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

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

_____. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.006, 27 maio 2004. *Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS*. Publicada no DOU em 31 de maio de 2004.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 287, 28 jun. 2004. *Institui o valor de R\$ 1.473,00/leito/mês (um mil, quatrocentos e setenta e três reais) para o cálculo do Orçamento Global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte que cumpram os critérios e requisitos que constam da Portaria GM/MS n. 1.044, de 1º de junho de 2004, e tiverem seus projetos homologados pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 821, 4 maio 2004. *Determina a implantação gradativa da descentralização do processamento do Sistema de Informações Hospitalares – SIH*. Publicada no DOU de 5 de maio de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 158, 5 maio 2004. *Inclui, no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, a codificação de “tipo” 45 para profissionais autônomos sem cessão de crédito*. Publicada no DOU de 6 de maio de 2004 e republicada em 24 de maio de 2004.

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

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

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

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

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 510, 30 set. 2005. *Estabelece a implantação do processamento descentralizado do Sistema de Informação Hospitalar – SIH, para os estados, Distrito Federal e municípios em Gestão Plena do Sistema.*

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

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 635, 10 nov. 2005. *Publica o Regulamento Técnico para a implantação e operacionalização do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS.*

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

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS n. 496, 30 jun. 2006. *Flexibiliza a Programação Físico-Orçamentária – FPO – do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS.* Publicada no DOU n. 127 de 5 de julho de 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para a programação pactuada integrada da Assistência à Saúde. Série Pactos pela Saúde, Vol. 5. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Regulamento: Pactos pela Vida e de Gestão. Série Pactos pela Saúde, Vol.2. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Manual de Orientações para Contratação de Serviços no Sistema Único de Saúde*, Brasília, 2006.

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

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

_____. Ministério da Saúde. SAS/Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS*. Brasília, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 699, 30 mar. 2006. *Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão*. Publicada no DOU n. 64 de 3 de abril de 2006.

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

_____. Decreto Federal n. 5.895, de 18 de setembro de 2006. *Dá nova redação ao art. 3º do Decreto n. 2.536, de 6 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social a que se refere o inciso IV do art. 18 da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993*.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 3.123, 7 dez. 2006. *Homologa o processo de adesão ao Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no SUS*. DOU n. 235 de 8 de dezembro de 2006

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.123, 29 de agosto de 2007. *Institui a Comissão Corregedora Tripartite no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria – SNA*.

_____. Portaria Interministerial n. 2.400, de 2 de outubro de 2007. *Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como hospitais de ensino*. Publicada no DOU de 3 de outubro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2848, de 6 de novembro de 2007. *Publica a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM – do Sistema Único de Saúde*. Publicada no DOU de 7 de novembro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. *Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS*. Publicada no DOU de 4 de agosto de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 258, de 30 de julho de 2009. *Aprova o Regulamento Técnico e as Orientações Técnicas para Inclusão de Laudo de Solicitação e o Elenco de Procedimentos Definidos como de Alta Complexidade*. Publicada no DOU de 31 de julho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.046, de 3 de setembro de 2009. *Regulamenta o Termo de Ajuste Sanitário instituído pela Portaria GM/MS n. 204 de janeiro de 2007*. Publicada no DOU de 4 de setembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. GM/MS n. 2907, de 23 de novembro de 2009. *Dispõe sobre o financiamento para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*.

_____. Lei n. 12.101, de 27 de novembro de 2009. *Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de Assistência Social*. Publicada no DOU de 30 de novembro de 2009.

_____. Ministério da Saúde. *Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS*. Brasília, junho de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Decreto n. 7.135, de 29 de março de 2010. *Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências*. Publicado no DOU de 30/3/2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 161, de 21 de janeiro de 2010. *Dispõe sobre o art. 3º da Portaria GM/MS n. 699, de 30 de março de 2006, que versa sobre o Termo de Cooperação entre Entes Públicos*. Publicada no DOU de 22 de janeiro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.034, 19 de maio de 2010. *Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Publicada no DOU de 19 de maio de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://www.cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em 12/7/2010.

_____. Ministério da Saúde. Sisreg. Disponível em: <http://sisreg.datasus.gov.br/>. Acesso em 12/7/2010.

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

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

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

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

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

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária*. Brasília, 2003.

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

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

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

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

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

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

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

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Profissional tipo 7 no Sistema de Informações Hospitalares – SIH*. Nota técnica n. 44. Brasília, 2004.

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

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

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

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

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

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

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Nota Técnica n. 21/2009. *Termo de Compromisso entre Entes Públicos e Termo de Cooperação entre Entes Públicos no Pacto pela Saúde*. Brasília, 2009.

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

DENASUS: nossa história. Disponível em <<http://sna.saude.gov.br>> Acesso em 10/7/2010.

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

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

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

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

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda (Org.). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

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

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

LUCAS, V. S. *Manual do Gestor do SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado*, 2004.

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

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

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

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

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

MOONEY, G. *ECONOMICS, Medicine and Health Care*, 2. ed. Great Britain: Harvester Wheatsheaf, 1992.

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

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

NORMAND C.; BOWLING A. *Outcomes in Neurological and Neurosurgical Disorders. Cost-benefit Analysis*. Swash and Wilden, 1993.

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

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

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

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

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

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

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