



# GESTÃO POR EVIDÊNCIAS NA SAÚDE: CONCEITO, IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO



# Sumário

Introdução	3
1. Políticas públicas baseadas em evidências: monitoramento, avaliação e indicadores	4
2. O longo caminho da regionalização da saúde no Brasil e seus desafios atuais	11
2.1. Implementação do SUS: Prevalência da descentralização e primeiros instrumentos de regionalização	11
2.2. Pacto pela Saúde (2006): planejamento e gestão regional	13
2.3. Decreto nº 7.508/2011: fortalecendo a regionalização	15
2.4. Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018: fortalecimento do PRI e foco nas macrorregiões	20
2.5. Considerações parciais: A situação atual da regionalização do SUS	24
3. Consórcios públicos de saúde	27
4. Participação, transparência e integridade no serviço de saúde	31
Considerações Finais	36
Referências	37

## Lista de figuras, quadros e tabelas

Figura 1: Captura de tela da área “Indicadores de Desempenho” do site do SISAB

Figura 2: Reorganização dos fluxos de internação no SUS

Quadro 1: Ações estratégicas e indicadores do Programa Previne Brasil 2022

Quadro 2: Componentes específicos das redes temáticas conforme a Portaria nº 4.279/2010

Quadro 3: Fases de implementação das redes prioritárias

Quadro 4: Passos para a assinatura do COAP

Quadro 5: Etapas e descrição do Planejamento Regional Integrado (PRI)

Quadro 6: Vantagens e desafios da implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde

### Coordenação técnica

Sergio Andrade

### Autores

Caetano Patta da Porciuncula e Barros  
Fernando Maluf D'Elboux Guimarães  
Tomaz Magalhães Seincman

### Colaboraram para esta publicação

Adriana Franco  
Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes  
Daniel Oliveira  
Jamesson Ferreira Leite Junior

### Designer

Tiago Rocha

# Introdução

Nesta terceira publicação serão discutidos alguns tópicos referentes aos desafios da gestão em saúde nos estados e municípios brasileiros, os quais correspondem tanto a problemas estruturais do Brasil quanto a questões institucionais relativas ao Sistema Único de Saúde (SUS). A tais problemas somam-se, desde 2015, as consequências da prolongada crise econômica e das políticas de austeridade sobre a sociedade brasileira e seus serviços públicos e, desde 2020, da pandemia de covid-19. A articulação desses fatores estressa o sistema de saúde, testando sua resiliência, e impõe retrocessos em áreas nas quais o país havia celebrado avanços nas últimas décadas. Esse quadro coloca aos gestores em saúde das três esferas de governo uma grande responsabilidade: fortalecer o SUS e melhorar a vida da população.

A presente publicação está dividida em três partes. Na primeira, apresenta o conceito de políticas públicas baseadas em evidências e discute a importância da coleta e da sistematização de informações e construção de indicadores, assim como a relevância do monitoramento e da avaliação de políticas e programas. Trata-se de uma estratégia para alcançar a ampliação e melhores resultados nos serviços oferecidos, maior transparência, integridade e eficiência econômica.

Na segunda parte, discute-se a regionalização do SUS por meio da reconstrução da trajetória de normativas federais relacionadas a essa diretriz, de forma a demonstrar o que esse processo legou ao sistema ao longo de três décadas. Desde os anos 1990, buscou-se estruturar um sistema descentralizado, regionalizado, com planejamento ascendente e gestão compartilhada da atenção à saúde em seus níveis de menor e maior complexidade por parte dos gestores dos diferentes níveis de governo, processo esse que não foi linear. Diferentes instrumentos se sucederam e se combinaram nas tentativas de estruturar redes de saúde suficientes em cada região de um país tão grande e diverso. Esta segunda parte buscará, portanto, apresentar esses desafios e sistematizar fatores indispensáveis para que os gestores municipais se engajem no fortalecimento da regionalização do SUS, que é considerada uma estratégia prioritária para a melhoria do sistema, com ganhos tanto de cobertura de média e alta complexidades para a população quanto de escala e eficiência econômica. Além das normativas federais e de seus instrumentos prioritários — como as Comissões Intergestores e os Planos Regionais, algumas questões referentes aos consórcios intermunicipais de saúde serão discutidas.

Por fim, a terceira e última parte desta publicação se volta à Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e à legislação atual que dispõe sobre os direitos do cidadão nos serviços públicos. A carta é entendida como um instrumento de promoção da participação, da transparência e da integridade do sistema, portanto sua análise visa a orientar o gestor ao cumprimento do disposto na lei, reforçando os princípios que a motivam e que apontam para a melhoria do atendimento em saúde desde o acolhimento.

Estes três temas específicos convergem na melhoria e no fortalecimento do SUS no amplo terreno dos desafios colocados aos gestores dos serviços de saúde.



# 1. Políticas públicas baseadas em evidências: monitoramento, avaliação e indicadores

Política pública envolve muitas escolhas: algumas delas são subjetivas, carregam valores arraigados que distinguem grupos e indivíduos em suas condições e perspectivas; outras, contudo, envolvem escolhas sobre fatores mais objetivos da realidade. Diante de um serviço público e de seus recursos, atividades e processos, deve-se questionar, entre outras tantas possíveis perguntas: quantas pessoas compõem meu público-alvo? Por quanto tempo? A que custo? Em detrimento de qual outro objetivo? Em qual território?

O conceito de política pública com base em evidências pressupõe tomar decisões em qualquer fase de construção de uma política pública se valendo de todas as informações disponíveis, através da análise de dados de forma sistemática e racionalizada. O objetivo de utilizar o máximo possível de informações é aumentar as chances de atingir seu objetivo com o menor custo possível<sup>1</sup>.

Neste sentido, o monitoramento e a avaliação são instrumentos fundamentais para efetivar o planejamento, a gestão e, conseqüentemente, melhorar as políticas públicas de saúde. O monitoramento é um processo contínuo e sistemático de coleta de dados e acompanhamento de indicadores específicos e tem como objetivo informar os gestores e demais partes interessadas sobre os progressos realizados, os objetivos atingidos e o uso dos recursos alocados. Assim, o monitoramento é utilizado para rastrear mudanças de desempenho ao longo do tempo, identificar tendências e padrões, adaptar estratégias e informar decisões.

A avaliação, por sua vez, corresponde a um processo em que se atribui valor a uma atividade, um programa, uma experiência ou uma política específica, de modo sistemático e objetivo. Pode acontecer antes, durante ou depois de a política ser implementada, mas não acontece com tanta frequência como o monitoramento, que é contínuo.

A avaliação e o monitoramento podem — e devem — valer-se de diversos métodos, como: pesquisas de opinião com tratamento estatístico; entrevistas em profundidade ou conversas em grupo com usuários de um determinado serviço; coleta de reclamações e sugestões em caixas físicas ou virtuais de mensagens; entre outras muitas formas de coleta de dados que possam informar o gestor e sua equipe sobre os resultados e impactos positivos ou negativos que uma política tem, conforme as diretrizes, as metas e os objetivos que a definem. Diferentemente do monitoramento, é desejável que a avaliação seja feita por uma pessoa ou instituição externa ao órgão que tem o seu serviço avaliado<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> "Indicadores de programas: Guia Metodológico" (BRASIL, 2010b).

<sup>2</sup> "Guia para Avaliar Políticas Públicas" (CAPPELLAZZO ARABAGE et al., 2018); "Avaliação de Impacto na Prática" (GERTLER et al., 2018).

Para que o monitoramento e a avaliação possam ser realizados, é preciso que dados sejam coletados, mas isso não significa coletar todo e qualquer dado, pois o grande desafio é organizá-los e perceber tendências a partir deles. Por isso é importante a construção cuidadosa de indicadores, que são instrumentos que permitem: identificar e medir aspectos relacionados a determinado problema ou intervenção; traduzi-los de modo que possam ser contados ou comparados; e, por fim, retratá-los de forma aproximada. É esse retrato que permite monitorar e avaliar uma política pública, subsidiando a sua concepção, a sua implementação, o seu acompanhamento e a sua reorientação em vista de melhorias.

Cada vez mais, o monitoramento e a avaliação de políticas públicas com base em indicadores definidos são utilizados para decidir a respeito ou calcular valores de transferências de recursos, por exemplo, da União para estados e municípios. Isto porque o monitoramento e a avaliação de indicadores oferecem evidências de que os resultados da adesão ou da não adesão de um órgão, entidade ou governo a um determinado programa são positivos ou negativos, devendo ser incentivados, desincentivados, compensados ou descontinuados. Além disso, essas decisões devem carregar evidências como base, isto é, metas e objetivos construídos tendo por subsídio informações sobre necessidades, condições, riscos e possibilidades previamente estudados e sistematizados<sup>3</sup>.

Um exemplo recente é o Programa Previne Brasil, um novo modelo de financiamento para a Atenção Primária à Saúde (APS) lançado pelo Governo Federal em 2019. O Programa Previne Brasil<sup>4</sup> trabalha com quatro componentes determinantes para o custeio federal da APS aos municípios, na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática:

- capitação ponderada;
- pagamento por desempenho;
- incentivo para ações estratégicas; e
- incentivo financeiro com base em critério populacional.

A capitação ponderada é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária, considerando como fatores de ajuste, a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município de acordo com o IBGE. O cadastro pode identificar a população próxima a unidade de saúde, sendo utilizado no planejamento das equipes nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos, famílias e comunidades.

O pagamento por desempenho é calculado a partir dos resultados alcançados pelas equipes de APS no município, tendo por referência sete indicadores e metas relativos à Saúde da Mulher, Pré-natal, Saúde da Criança e Doenças Crônicas, que são constantemente monitorados e avaliados a cada quatro meses. Os atributos da APS são fortalecidos pelo pagamento por desempenho, o que induz o aprimoramento dos processos de trabalho e a qualificação dos resultados em saúde, além de otimizar aspectos como periodicidade e

3 BRASIL, 2010b, op. cit.; CAPPELLAZZO ARABAGE et al., 2018, op. cit.; GERTLER et al., 2018, op. cit.

4 "Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019" (BRASIL, 2019); "Portaria nº 2.254 de 3 de setembro de 2021" (BRASIL, 2021).

método da avaliação. Por meio do monitoramento desses indicadores, podem ser avaliados processos e resultados intermediários das eSF e eAP, resultados em saúde e resultados globais de APS, assim fornecendo subsídios para medidas de aprimoramento das ações e dando mais transparência aos investimentos públicos em saúde<sup>5</sup>.

O incentivo para ações estratégicas abrange características específicas de cada município ou território. Eles contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.

O financiamento com base em critério populacional responde simplesmente à população do município. A capitação ponderada combina valores financeiros referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com pesos atribuídos às condições geográficas do território e às condições de vulnerabilidade socioeconômica dos usuários. O incentivo para ações estratégicas recompensa a adesão dos municípios a determinados programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, como o Programa Saúde na Hora e o Informatiza APS.

Ações estratégicas	Indicadores
Pré-natal	Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, da primeira à 12ª semana de gestação.
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
Saúde da Mulher	Proporção de mulheres com coleta de exame citopatológico na APS.
Saúde da Criança	Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e poliomielite inativada.
Doenças Crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

Quadro 1: Ações estratégicas e indicadores do Programa Previne Brasil – 2022.

Fonte: “Nota técnica nº 12 de 11 de julho de 2022” (BRASIL, 2022).

São sete indicadores divididos em quatro ações estratégicas — a escolha para tanto considerou a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde vinculadas. Essa seleção atende a critérios, tais como disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados utilizados no cálculo.

<sup>5</sup> BRASIL, 2019, op. cit., 2021, op. cit.

A partir desses critérios, optou-se pelo que se pudesse calcular com base nos dados enviados pelos municípios ao Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Assim, determinados indicadores rotineiramente acompanhados tiveram suas fórmulas aprimoradas, considerando a possibilidade de verificação de dados individualizados que o SISAB apresenta e não apenas aqueles quantitativos consolidados. No Programa Previne Brasil, os indicadores de pagamento por desempenho são monitorados individualmente a cada quadrimestre e sintetizados em apenas um Indicador Sintético Final (ISF), que é medido na mesma periodicidade<sup>6</sup>. Esse exemplo permite conferir como se dá o uso de indicadores, o monitoramento e a avaliação de um programa, assim como sua mobilização em estratégias de incentivo e coordenação, mediante repasses financeiros.

Vale reforçar também a importância da coleta de informações e de seu registro em sistemas de informações como o SISAB e todos os instrumentos para a informatização do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo possibilita ganhos em diferentes frentes e a melhoria da qualidade do atendimento de um paciente com base em sua trajetória no sistema de saúde, promovendo a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação na APS. Além disso, permite também municiar gestores de diferentes níveis de governo com informações para monitoramento e avaliação dos programas, com vistas a melhorá-los, e, por fim, propicia construir um sistema mais transparente e íntegro, com informações sistematizadas sobre determinado serviço e seus resultados e sobre o uso de recursos públicos, que podem ser acessadas por órgãos de controle, da sociedade civil, dentre outras instâncias de governo e por cidadãos em geral. Cada um desses fatores fortalece o SUS e a cidadania<sup>7</sup>.

Figura 1: Captura de tela da área “Indicadores de Desempenho” do site do SISAB.

Fonte: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>.

Todo gestor em saúde, de qualquer nível de governo, tem no SISAB um importante instrumento para monitorar o desempenho dos serviços e ações em saúde que oferece em sua cidade, sua região ou seu estado. No site do SISAB, além do portal de cadastro das equipes, há a área “Indicadores de Desempenho”, que permite acompanhar em tela um ou mais indicadores para um ou mais municípios, regiões ou estados ao longo das séries quadri-mestrais de avaliação, como se pode ver na captura de tela da Figura 1, utilizando-se como exemplo o estado do Maranhão.

Outro exemplo da importância do uso de indicadores para monitoramento e avaliação diz respeito ao combate à covid-19. Em todo o mundo, casos ativos, internações, leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis, disponibilidade de imunizantes e pessoas vacinadas, entre outros dados, foram identificados, traduzidos em número e registrados em sistema, tendo por base o tamanho da população. Assim, os gestores e profissionais da saúde puderam contar com taxas de transmissão, de internação e de imunização, que constituíram uma importante ferramenta para organizar o combate ao vírus.

Como apontado anteriormente, a produção de dados é fundamental, o que fica claro com a necessidade de testagem da população e a adequada orientação às pessoas com suspeita

<sup>6</sup> “Nota técnica nº 12 de 11 de julho de 2022” (BRASIL, 2022).

<sup>7</sup> A respeito dos desafios e potencialidades da informatização/digitalização do SUS, ver: “Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS” (REIS et al. 2019); “Mais SUS em evidências Vol. 2: recursos humanos, infraestrutura e tecnologia no SUS” (IEPS/UMANE, 2022).

ou confirmação de infecção. Nesse caso, os dados possibilitam ao gestor, aos profissionais e às equipes de saúde intervirem de modo a controlar a propagação do vírus, impedindo que ele provoque mais infecções e sobrecarregue o restante do sistema, especialmente nos níveis de maior complexidade e maior escassez de recursos técnicos, tecnológicos e humanos. O monitoramento da evolução dessas taxas se torna ainda mais eficaz quando visualizado em um território específico, possibilitando intervenções de maior precisão.

## Caso Maranhão: monitoramento da covid-19

A elaboração do planejamento está ancorada em diversas formas, métodos e instrumentos para se realizar análises de cenário. A exemplo do design thinking, uma ferramenta com processos mais abertos, flexíveis e participativos.

Quando entramos na esfera governamental, encontramos situações complexas, que estão sujeitas a acontecimentos que mudam bruscamente o ritmo e foco de atenção. Para enfrentamentos de cenários complexos, recomenda-se a utilização da metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES considera esses acontecimentos nas análises, com conceitos como ameaça, surpresa e crise.

A metodologia PES é um instrumento com métodos práticos para a busca de tratamentos dos problemas de transformação social e deve ser sistemática e com acompanhamento das ações pré-definidas, levando em consideração que os atores envolvidos podem atuar em cooperação ou em conflito (MATUS, 1996, p. 22).

A pandemia da covid-19 impôs novos desafios aos gestores da saúde, determinando a construção de planos de contingência e a adoção de respostas rápidas para o enfrentamento da realidade complexa da emergência em saúde.

Para o enfrentamento da crise sanitária, as informações devem ser fundamentadas em evidências científicas e critério de boas práticas, promovendo a gestão de riscos e danos. Também devem ser disponibilizadas no curto prazo para a tomada de decisão mais rápida e eficaz. Sendo assim, a organização de fluxos de notificação, alimentação de banco de dados, organização da informação, desenvolvimento de painéis, sistemas, portais, muitas vezes em parcerias com universidades e instituições de pesquisa, que são legados do manejo da crise da covid-19.

Criar a sala de situação para o PES, como espaço que reúna os responsáveis pelos diferentes elos de decisão, facilita para a tomada de decisões na execução de ações coordenadas, permitindo análise em múltiplas perspectivas.

Os indicadores utilizados para enfrentamento da covid-19 foram:

- número de testes
- casos ativos
- internações
- leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) disponíveis
- taxa de mortalidade

Através desses indicadores que os Estados se organizaram para combater a covid-19. Em trabalhos de monitoramento e avaliação, conseguiram controlar o avanço da doença. Em específico, o Estado do Maranhão, criou portais<sup>8</sup> com os indicadores sendo atualizados diariamente e disponibilizou o plano estadual de vacinação contra a covid-19. Também é possível acompanhar o painel de vacinação<sup>10</sup>. Atualmente, a cobertura de doses aplicadas está em 84,27% e número de óbitos em 10.300<sup>11</sup>

8 Disponível em: <https://painel-covid19.saude.ma.gov.br/casos>

9 Disponível em: [https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/Plano-Estadual-de-Vacinacao-Contra-a-COVID-19-\\_3aEdicao.pdf](https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/11/Plano-Estadual-de-Vacinacao-Contra-a-COVID-19-_3aEdicao.pdf)

10 Disponível em: <https://painel-covid19.saude.ma.gov.br/vacinas>

11 Dados coletados em 03/01/2022.



## Caso Petrópolis (RJ): exemplo de monitoramento e respostas rápidas contra a covid-19<sup>12</sup>

A coleta de dados relativos à variação no número de pessoas infectadas pela covid-19 em um determinado território foi insumo fundamental para decisões locais sobre as recomendações de fechamento ou abertura de comércio e sobre as restrições à circulação em geral. Em Petrópolis, no Rio de Janeiro, um sistema de notificação e registro elaborado pela Superintendência de Planejamento e Apoio à Gestão (SUPLAG) municipal auxiliou na observação do limite da eficiência das estratégias de combate à disseminação do vírus. Inicialmente, a gestão buscou colher informações através do e-SUS VE, sistema de vigilância epidemiológica que foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde e que, entretanto, apresentou inconsistências de funcionamento. O objetivo do novo sistema, desenvolvido a partir de junho de 2020 (momento de uma alta relevante nos índices de contágio e de óbitos causados pelo vírus no Brasil), era gerar e disseminar informações sobre uma doença então desconhecida.

O sistema de monitoramento se baseou na ideia de utilização de ferramentas de baixo ou nenhum custo. Assim, inicialmente, utilizou-se planilhas de software local das entidades municipais para organizar os dados recebidos pelo Ministério da Saúde. Mais tarde, devido à facilidade de compartilhamento, optou-se pelo uso do Google Planilhas, que permitiu edição, revisão e disseminação mais dinâmicas das informações colhidas e organizadas. Nessas planilhas, eram inseridos diariamente os novos dados com as notificações de casos suspeitos. Desse modo, essa base de dados permitiu o monitoramento dos indicadores de saúde — letalidade, incidência e taxa de ocupação de leitos —, a elaboração do “Boletim Diário de covid-19” com os resultados acumulados e o desenvolvimento de gráficos e quadros informativos.

O resultado dessa ação foi o “Sistema de Monitoramento do covid-19”, que orienta hoje todos os processos de obtenção de informações estratégicas, tanto para os órgãos de controle externo quanto para o subsídio das decisões do Poder Público Municipal. O sistema, em sua forma consolidada, tem atualmente diversas planilhas, as quais são divididas por tipo de análise e englobam os casos notificados, confirmados, descartados e em análise, óbitos, ocupação de leitos e testagem da população. Desdobradas num total de 58 planilhas, permitiram a criação de diversos cenários de avaliação, o que resultou na construção dos painéis de monitoramento disponíveis na web. A construção dos painéis foi — e ainda é — um processo dinâmico de participação intersetorial do Poder Público Municipal, que visa a atender todo o processo de flexibilização ou ampliação do distanciamento social como medida de combate ao coronavírus. Motivando-se pela divulgação da Matriz de Risco do Ministério da Saúde, foi criada, com base nas informações produzidas pelo sistema, uma Matriz de Risco própria do município de Petrópolis.

Mais de dois anos após o início do desenvolvimento da ferramenta de monitoramento, concluiu-se que o sistema permitiu maior transparência dos dados e acesso às informações pela sociedade e facilitou a apresentação e a discussão da conjuntura da epidemia no município durante as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, fortalecendo o controle social em cada etapa do enfrentamento, inclusive nas decisões relativas à flexibilização da quarentena.

Essa estratégia é uma aliada da vigilância e do atendimento em saúde, tendo evoluído muito nas últimas décadas como ferramenta de gestão e melhoria do sistema como um todo, incluindo seus níveis de maior complexidade. O mapeamento do território e a mensuração do estado de saúde da população são uma tradição em saúde pública e remetem ao registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência<sup>13</sup>.

12 “A construção do Sistema de Monitoramento do COVID-19 como um instrumento de apoio à gestão e controle social na SMS Petrópolis - RJ” (FIOCRUZ, 2021). Disponível em: [http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/lista-praticas-da-categoria?id\\_menu=91](http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/lista-praticas-da-categoria?id_menu=91). Acesso em: 20 ago. 2022.

13 Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

Com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações epidemiológicas e morbidade), com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde. Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de indicadores de saúde, que se traduzem em informações relevantes para a sua quantificação e avaliação.

O Brasil dispõe de um poderoso instrumento para o monitoramento e a avaliação do estado de saúde, das condições do sistema e da evolução das políticas públicas: o DATASUS, que disponibiliza informações para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas.

### Para saber mais:

Notas técnicas sobre indicadores de pagamento por desempenho do Previne Brasil para 2022:



<https://portalfns.saude.gov.br/confira-a-Atualizacao-das-notas-tecnicas-sobre-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-do-Previne-brasil-para-2022/>

Sistema de Atenção em Saúde para a Atenção Básica – SISAB:



<https://sisab.saude.gov.br/index.xhtml>

Vídeos tutoriais:



<https://www.conasems.org.br/ministerio-da-saude-divulga-nota-tecnica-sobre-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-do-Previne-brasil/>

Painel de casos de doença pelo coronavírus (COVID-19) no Brasil via Ministério da Saúde:



<https://covid.saude.gov.br/>

DATASUS:



<https://opendatasus.saude.gov.br/>



## 2. O longo caminho da regionalização da saúde no Brasil e seus desafios atuais

### 2.1 Implementação do SUS: Prevalência da descentralização e primeiros instrumentos de regionalização

Entre os princípios do SUS, estabelecidos pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, constam a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde. Isso significa que o SUS pressupõe a distribuição de responsabilidades, encargos e atribuições entre os entes federados, enfatizando a descentralização dos serviços para os municípios, a cooperação e a articulação entre os níveis de governo, assim considerando a saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”<sup>14</sup>.

A primeira década de implementação do SUS foi caracterizada pela prevalência da descentralização nos municípios e pela inconsistência na cooperação entre municípios, estados e União. Em particular, a descentralização com foco nos municípios — especialmente em função da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) — permitiu que o SUS se expandisse rapidamente por todas as regiões do país, tornando-se um exemplo mundial na cobertura pública e universal de atenção primária à saúde<sup>15</sup>.

Não obstante, ainda existem grandes desafios à APS no Brasil, os quais estão relacionados à melhoria do atendimento nas unidades básicas, à valorização de seus profissionais e à sua capacidade de orientar e coordenar o uso dos demais pontos da rede de saúde. Contudo, a oferta de ações e serviços nos níveis secundário e terciário de atenção tem se mostrado um grande limite à melhoria do SUS, e a regionalização é a estratégia fundamental para enfrentá-lo.

Ao longo das três décadas de implementação do SUS, desde os anos 1990, sucedeu-se um conjunto de normativas produzidas em nível federal e relativas à descentralização e à regionalização do sistema. Inicialmente, as leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990<sup>16</sup>, orientaram a operacionalização do sistema, definiram seus objetivos, atribuições, regras gerais para participação popular e financiamento.

14 “Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990” (BRASIL, 1990a).

15 “Rumos para um sistema de saúde resiliente” (MASSUDA et al., 2022).

16 BRASIL, 1990a, op. cit.; “Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990” (BRASIL, 1990b).

Na sequência, entre 1991 e 1996, foram editadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs)<sup>17</sup>, que introduziram importantes instrumentos relativos à regionalização, entre os quais as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI), que, por sua vez, constituem espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implantação de políticas de saúde.

As CIBs são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos acordos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais a partir de diretrizes e normas pactuadas na CIT. Já a PPI é um processo instituído no âmbito do SUS no qual, em conformidade com o planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como são efetuados os pactos intergestores para a garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Ela tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos, e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. A PPI define, ainda, a programação das ações de saúde em cada território, norteando a alocação dos recursos financeiros para saúde conforme os acordos entre os gestores.

Ainda assim, o compartilhamento e a coordenação de responsabilidades e ações pelos três níveis de governo mostrou-se inconsistente, prejudicando especialmente os municípios menos populosos e mais vulneráveis do ponto de vista administrativo e econômico. No caso dos municípios de pequeno porte populacional — que é a grande maioria —, a implementação de serviços de média e alta complexidade (e, conseqüentemente, de elevado custo) carece de condições orçamentárias e administrativas, além de ser menos eficiente em uma perspectiva global do sistema.

Afinal, o que seria mais razoável: que todo município dispusesse de recursos humanos e técnicos de alto custo, independentemente do volume de pessoas que iriam utilizá-lo, ou que grupos de municípios compartilhassem esses recursos no atendimento a suas populações, suprindo sua demanda e otimizando o investimento global de recursos orçamentários, técnicos e humanos em saúde?

A regionalização corresponde, justamente, à atuação conjunta e coordenada de grupos de municípios, do governo de seu respectivo estado e da União, assim orientando a descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre gestores. Ela tem como objetivo garantir o acesso, a resolutividade e a qualidade das ações e dos serviços de saúde cuja complexidade e cujo contingente populacional vão além da escala municipal e das responsabilidades deste nível de governo. Desta forma, reduzem-se desigualdades sociais e territoriais, promove-se equidade e garante-se integralidade na atenção à saúde, racionalizam-se gastos e otimizam-se recursos, assim possibilitando ganhos de escala nas ações e nos serviços de saúde de abrangência regional.

A partir dos anos 2000, novas normativas federais buscaram promover a regionalização. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 (atualizada em 2002) reservou aos

<sup>17</sup> "Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde" (SCATENA; TANAKA, 2001).

estados e à União a responsabilidade pela gestão de saúde de média e alta complexidades. Além de manter a CIT, as CIBs e a PPI instituídas pelas NOBs dos anos 1990, a NOAS instituiu também dois novos importantes instrumentos: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que delimita as regiões e redes de referências, e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que determina os investimentos necessários para assegurar a demanda por serviços de saúde.

## 2.2 Pacto pela Saúde (2006): planejamento e gestão regional

Em 2006, a Portaria nº 399 do Ministério da Saúde consolidou o Pacto pela Saúde, promulgado um mês antes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>18</sup> de 2006, mas incorporado por esta. Pactuado pelo referido Ministério, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), esse conjunto de reformas englobava três dimensões:

- Pacto pela Vida<sup>19</sup>;
- Pacto de Gestão<sup>20</sup>; e
- Pacto em Defesa do SUS<sup>21</sup>.

Visando a superar as dificuldades relacionadas à qualidade do sistema em geral e, especialmente, aos níveis de maior complexidade, a instituição desse pacto procurava estabelecer prioridades articuladas e integradas — segundo os princípios do SUS e as necessidades de saúde das populações conforme sua particularidade locorregional —, que são expressas em objetivos e em metas monitorados e avaliados anualmente.

A definição de prioridades em cada região deveria ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, de modo que as prioridades estaduais ou regionais poderiam ser agregadas às nacionais conforme pactuação local. Assim, o Pacto pela Saúde buscava estabelecer diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, da regionalização, do financiamento, do planejamento, da PPI, da regulação, da participação social e da gestão tanto do trabalho quanto da educação na saúde, construídas de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo pelos compromissos assumidos nas CIBs e CIT.

A normativa criou, por sua vez, os Colegiados de Gestão Regionais (CGRs) como instâncias de negociação intergovernamental entre municípios de uma região e o estado. Além disso, mantidos as CIBs, a CIT, a PPI, o PDR e o PDI, o pacto introduziu novos instrumentos de planejamento e gestão regional. Um desses instrumentos visava a simplificar e concentrar o sistema federal de transferência de recursos, sistematizando em cinco blocos o foco do repasse, suas condições e seus incentivos:

18 “Política Nacional de Atenção Básica” (BRASIL, 2006b).

19 É constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais (PORTARIA Nº 399/2006)

20 Estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (PORTARIA Nº 399/2006).

21 Expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade;
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica; e
- Gestão do SUS.

Outro importante instrumento correspondeu ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que determinava metas e cronograma definidos e assinados por municípios, estados e a União, a partir dos quais se realiza um monitoramento constante da avaliação anual.

No Pacto pela Saúde, as Regiões de Saúde (ou RS) foram apresentadas como

***“recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território”<sup>22</sup>.***

Ou seja, caberia à RS, portanto, organizar a rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais da universalidade de acesso, equidade e integralidade do cuidado, por meio da pactuação entre todos os gestores envolvidos, assim favorecendo a ação cooperativa e solidária entre eles e o fortalecimento do controle social.

A rede de atenção à saúde regionalizada congrega o conjunto de responsabilidades não compartilhadas e as ações complementares. A APS e as ações básicas de vigilância em saúde são responsabilidade de cada município, isto é, não são compartilhadas. Já os demais níveis de atendimento e os meios necessários para garanti-los são compartilhados e integrados entre as três esferas de governo e nas instâncias regionais estabelecidas.

A RS visa a estabelecer certo grau de resolutividade quanto à atenção primária e a parte da atenção de média complexidade. A viabilização do oferecimento da outra parte da atenção de média e da de alta complexidades, por sua vez, passa pela pactuação entre as RS, que acordam entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião<sup>23</sup>.

Segundo o pacto, as insuficiências verificadas nas regiões e nas macrorregiões de saúde no que diz respeito ao oferecimento dos três níveis assistenciais deveriam ser identificadas, sistematizadas e consideradas no Plano Regional. Ademais, essas insuficiências precisam ser também acompanhadas de uma estratégia para a sua consecução, junto à definição dos investimentos, considerando-se os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilize economia de escala com equidade no acesso.

<sup>22</sup> “Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006” (BRASIL, 2006a).

<sup>23</sup> Idem.

O Pacto pela Saúde estabeleceu como processo de construção efetiva da regionalização o CGR como um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, formado por gestores municipais (de um conjunto de municípios que conformam uma região) e estaduais. O CGR se tornava, então, responsável pela definição de prioridades e pactuação de soluções, planejamentos, metas, monitoramento e avaliações para a consolidação das redes de atenção à saúde. Os termos de seu funcionamento deveriam ser acordados na CIB e câmaras técnicas deveriam ser constituídas para estruturas de apoio às CGRs. Segundo a portaria que consolidou o pacto, as RS teriam de ser reconhecidas pelas CIBs e reportadas ao Ministério da Saúde para conhecimento e acompanhamento.

## 2.3 Decreto nº 7.508/2011: fortalecendo a regionalização

Partindo do acúmulo do Pacto pela Saúde, foi dado um novo passo em direção à regionalização com o Decreto nº 7.508/2011<sup>24</sup>, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990. Ele redefiniu e consolidou figuras fundamentais do processo de regionalização, incluindo:

- Comissões Intergestores Regionais (CIRs): instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS.
- Regiões de Saúde (RS): Espaço geográfico contínuo e constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.
- Rede de Atenção à Saúde (RAS): Conjunto de ações e serviços articulados em níveis de complexidade crescente com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado<sup>25</sup>.
- Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP): Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros a serem disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde.

A portaria incorporou o antigo Colegiado de Gestão Regionais (CGRs) que passou a ser denominado como Comissões Intergestores Regionais (CIRs),

Enquanto à Região de Saúde, o Decreto nº 7.508, de 2011, estabeleceu que cada uma deveria, no mínimo, dispor de ações e serviços de:

<sup>24</sup> "Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011" (BRASIL, 2011a).

<sup>25</sup> "Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010" (BRASIL, 2010c).

- atenção primária;
- urgência e emergência;
- atenção psicossocial;
- atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- vigilância em saúde.

Em relação à Rede de Atenção à Saúde, o decreto incorpora a Portaria nº 4.279/2010, que dispõe que as principais características das RAS são:

- a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como centro de comunicação;
- a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral;
- o cuidado multiprofissional;
- o compartilhamento de objetivos; e
- o compromisso com resultados sanitários e econômicos<sup>26</sup>.

Tendo como referência a Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da CIT definiu ao longo de 2011 e 2012 as seguintes temáticas prioritárias:

- Rede Cegonha;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE);
- Rede de Atenção Psicossocial (RAPS);
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Os componentes específicos de cada rede temática estão elencados no quadro a seguir.

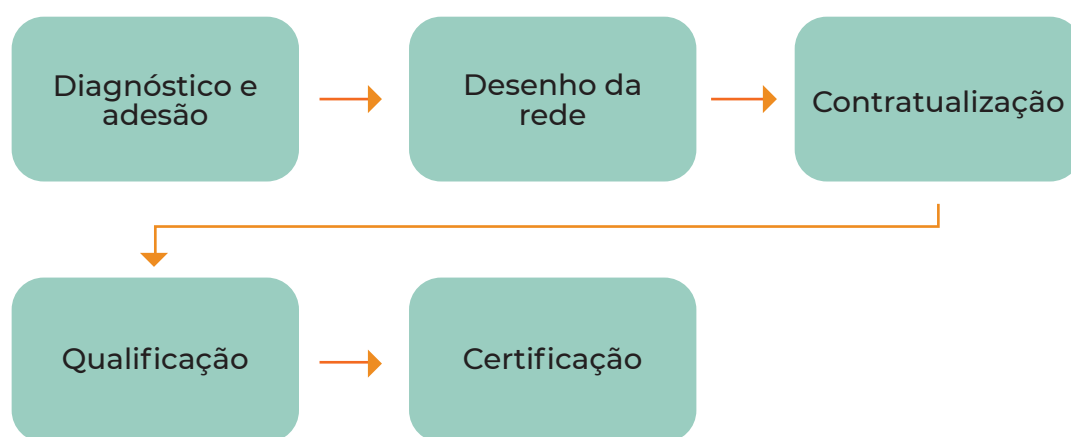
<sup>26</sup> "Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010" (BRASIL, 2010c).



Redes Prioritárias	Componentes específicos
Rede Cegonha	Pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico (transporte sanitário e regulação).
Rede de Atenção às Urgências e Emergências	Promoção e prevenção; atenção primária (Unidade Básica de Saúde – UBS); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24 horas; SAMU 192; portas hospitalares de atenção às urgências; leitos de retaguarda; atenção domiciliar; e hospitais-dia.
Rede de Atenção Psicossocial	Eixo 1 – Ampliação do acesso à Rede de Atenção Integral de Saúde aos usuários de álcool, crack e outras drogas; Eixo 2 – Qualificação da Rede de Atenção Integral de Saúde; Eixo 3 – Ações intersetoriais para reinserção social e reabilitação; Eixo 4 – Ações de prevenção e de redução de danos; e Eixo 5 – Operacionalização da rede.
Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Atenção básica; atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual e visual, em ostomia e em múltiplas deficiências; e atenção hospitalar e atenção de urgência e emergência.
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	Atenção básica; atenção especializada (ambulatorial especializada; hospitalar; e urgência e emergência); sistemas de apoio; sistemas logísticos; e regulação.

Quadro 2: Componentes específicos das redes temáticas conforme a Portaria nº 4.279/2010.  
Fonte: “Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010” (BRASIL, 2010c).

Considerando as especificidades e a necessidade de construção negociada e pactuada de cada rede prioritária, foram previstas como fases de implementação as atividades elencadas no quadro seguinte.



Quadro 3: Fases de implementação das redes prioritárias.  
Fonte: “Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010” (BRASIL, 2010c).

A etapa de diagnóstico prevê a análise situacional da rede e a adesão política e técnica definida pelo grupo condutor. Enquanto o desenho da rede pressupõe a pactuação dos fluxos, pontos de atenção e objetivos. Os pontos de atenção definidos anteriormente podem ser contratualizados. Após a contratualização, a qualificação dos componentes da rede é definida através de Portaria específica, onde constarão as responsabilidades que deverão ser cumpridas e as ações que serão desenvolvidas. Por fim, a certificação é concedida pelo Ministério da Saúde aos gestores do SUS.

Cabe à APS, em sua estruturação local, o papel de coordenar e ordenar o acesso dos pacientes aos diferentes pontos, bem como o de acompanhar a evolução de quadros de saúde-doença individuais e coletivos em sua dispersão pelos pontos de atenção em outros níveis das redes<sup>27</sup>. Como ferramenta de organização dos fluxos de atendimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento pelos distintos níveis de atenção em determinado território que congrega um conjunto de municípios vizinhos, as RAS constituem-se em um importante instrumento de regionalização.

## Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)

O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) incorporou em partes os instrumentos e as linhas de coordenação do Pacto pela Saúde; outra parte continuou a basear a organização das ações em saúde na grande maioria dos municípios e estados, que não aderiram ao modelo de contratualização.

Especificamente, o TCG foi parcialmente acolhido pelo COAP e, a partir de 2012, suas prerrogativas passaram a valer também para aqueles que não haviam aderido ao Pacto pela Saúde até a assinatura do contrato. A PPI se manteve, sendo substituída pela Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS) apenas nos estados que assinaram o COAP.

Retomando-se as determinações provenientes do Decreto nº 7.508/2011, criou-se a configuração do COAP, que constitui um relevante avanço institucional no propósito da regionalização do SUS. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) tem por objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde e está sob a responsabilidade dos entes federativos em uma RS, a fim de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

O contrato é resultado da integração dos planos de saúde dos entes federativos na RAS, cujo fundamento são as pactuações estabelecidas pela CIT. O COAP define as responsabilidades individuais e solidárias dos entes com relação:

- às ações e aos serviços de saúde;
- aos indicadores e às metas de saúde;
- aos critérios de avaliação de desempenho;
- aos recursos financeiros que serão disponibilizados;
- à forma de controle e fiscalização da sua execução; e
- demais elementos necessários à implementação integrada das ações e dos serviços de saúde.

Seu monitoramento e sua avaliação têm como base indicadores definidos pelo Ministério da Saúde, com base no Plano Nacional de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

<sup>27</sup> Tais atribuições da APS são compatíveis com a PNAB lançada em 2006, citada anteriormente, bem como com suas atualizações de 2011 e 2017. A versão atual da PNAB foi aprovada pela Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b).

## Antes da assinatura do COAP

- Definição das regiões de saúde e implantação da CIR com a determinação de uma agenda de prioridades para as pautas das reuniões (estabelecimento de consensos sobre resolatividade, acesso, escala, regulação, responsabilidades individuais e compartilhadas na região, etc.).
- Planejamento regional integrado. A produção resultante desse processo realizado no âmbito da RS expressa:
  - I – a identificação da situação de saúde no território e das necessidades da população da RS;
  - II – as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a RS, bem como os prazos de execução, indicadores, financiamento e responsabilidades dos entes federados; e
  - III – a programação geral das ações e dos serviços de saúde (ou a atualização da PPI da região).
- Estruturação da RAS a partir das prioridades estaduais.
- Organização das estruturas de governança da RAS, isto é, a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da RAS.

## Após a assinatura do COAP

- Operacionalização dos mecanismos de gestão do contrato.
- Desenvolvimento da capacidade regional de governança na RS.
- Incrementação do processo de contratualização para dentro do território com os profissionais de saúde, os consórcios, os estabelecimentos de saúde e a sociedade.
- Monitoramento do COAP.

## Para saber mais



Guia para elaboração do COAP:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_elaboracao\\_contrato\\_organizativo\\_acao\\_publica.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_contrato_organizativo_acao_publica.pdf)



COAP do Ceará:  
[https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/coap\\_rs\\_taua\\_2012\\_2013.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/coap_rs_taua_2012_2013.pdf)



Mato Grosso do Sul:  
<https://www.saude.ms.gov.br/planejamento/coap/>

Quadro 4: Passos para a assinatura do COAP.

Ainda que represente um indiscutível avanço do ponto de vista institucional, desde 2011, somente os estados do Ceará e do Mato Grosso do Sul assinaram o COAP. Diante da não adesão de estados e municípios, houve tentativas de inclusão do COAP na Lei nº 8.080, de 1990<sup>28</sup>, contudo nenhum projeto de lei completou a tramitação da Câmara dos Deputados. Sem mudanças na forma de transferência de recursos da União aos estados e municípios e com adesão inconsistente, o COAP não substituiu inteiramente o Pacto pela Saúde como nova base de promoção das relações intergovernamentais e de regionalização do SUS.

Por essa razão, a Portaria MS nº 2.135/2013<sup>29</sup> introduziu, entre outros pontos, o Planejamento Regional Integrado (PRI), a ser elaborado no âmbito da RS com base nas necessidades de saúde expressas nos planos municipais. Conforme a portaria, o PRI deve ser pactuado, monitorado e avaliado pela CIR e coordenado pela gestão estadual. O planejamento necessita expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção.

Como sumarizado anteriormente, o processo de PRI deve apresentar como resultado: a identificação da situação de saúde no território e das necessidades da população da RS; as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a RS, bem como os prazos de execução, indicadores e responsabilidades dos entes federados; e, ainda, a PGASS. Tal resultado é parte componente do COAP em caso de adesão de estados e municípios.

A PGASS, por sua vez, é um processo de negociação e pactuação entre gestores municipais, relativo à definição e à quantificação de recursos físicos e financeiros de ações e serviços de saúde previsto para determinada região. Ele se articula com a Programação Anual de Saúde (PAS) de cada ente municipal, considerando os objetivos e metas estabelecidos no PRI e seus fluxos de referência. Esse amplo processo de identificação de necessidades permite a definição de prioridades e de seus respectivos investimentos necessários, visando a estruturar e consolidar a RAS<sup>30</sup>.

## 2.4 Resoluções CIT nº 23/2017 e nº 37/2018: fortalecimento do PRI e foco nas macrorregiões

Dada a não adesão de estados e municípios ao COAP, partindo do acúmulo das normativas anteriores e visando ao avanço da regionalização, o Ministério da Saúde, o CONASS e o CONASEMS pactuaram, por meio da CIT, as resoluções nº 23, de 17 de agosto de 2017<sup>31</sup>, e nº 37, de 22 de março de 2018<sup>32</sup>, com diretrizes e critérios para a regionalização, para o PRI e para a governança das RAS no âmbito do SUS. Seu ponto fundamental trata da lógica de organização das macrorregiões de saúde como estratégia para a estruturação das RAS

28 Foi o caso dos projetos de lei nº 1.645, de 2015, e nº 1.347, de 2019.

29 "Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013" (BRASIL, 2013a).

30 "Diretrizes e proposições metodológicas para a elaboração da programação geral das ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2013b). Ler mais sobre em: <https://programasus.saude.gov.br/programasus/auth/Home.app>. Acesso em: 20 ago. 2022.

31 "Resolução nº 23 de 17 de agosto de 2017" (BRASIL, 2017a).

32 "Resolução nº 37 de 22 de março de 2018" (BRASIL, 2018).

e para ganhos de qualidade e de eficiência sanitária e econômica na garantia da saúde à população.

O estabelecimento de tais normas visa a orientar a regionalização em vista da diversidade e das dificuldades de implementação das RAS pelas regiões de saúde em todo o território nacional. Para tanto, as comissões intergestores (CIBs, CIRs e CIT) têm papel central e são responsáveis pela negociação e pela pactuação de gestores ao longo de toda a hierarquia, de forma a analisar situações com diferentes graus de particularidade e complexidade e a construir soluções referentes a aspectos operacionais, financeiros e administrativos, assim viabilizando a gestão compartilhada efetiva do SUS.

O PRI, portanto, é um fator fundamental nesse cenário, sendo o instrumento de organização das RAS no âmbito das macrorregiões de saúde. Seu produto, por sua vez, é o Plano Regional, que deve embasar o Plano Estadual de Saúde em conformidade à Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012<sup>33</sup>. Este processo — que se inicia nos municípios, vai às regiões e, então, às macrorregiões de saúde, até culminar nos planos estaduais — propõe-se a contribuir com o planejamento ascendente do SUS. Ou seja, trata-se de um plano construído desde as necessidades de saúde identificadas nos municípios até a sua consolidação nacionalmente.

O referido Plano Regional deve compreender ainda o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção, por meio da organização das RAS, observando-se os Planos de Saúde dos três entes federados<sup>34</sup>.

A adequada estruturação das RAS<sup>35</sup> no território tem potencial para promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, qualitativa, responsável e humanizada, bem como para incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica. Para tanto, sua estruturação deve assumir como base os princípios de:

- economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos;
- integração vertical e horizontal;
- reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e menos custosas em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis;
- definição dos seus limites geográficos e de sua população; e
- organização dos pontos de atenção de acordo com as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS) ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde) e ao de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

33 “Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012” (BRASIL, 2012).

34 BRASIL, 2017a, op. cit., 2018, op. cit.; “Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONASS; CONASEMS, 2018).

35 BRASIL, 2017a, op. cit., 2018, op. cit.

O processo do PRI segue as etapas descritas no quadro seguinte.

<b>Etapas e descrição do Planejamento Regional Integrado (PRI)</b>		
<b>Etapas</b>	<b>Especificações</b>	<b>O que é?</b>
Definição da macrorregião de saúde	—	Trata-se de um espaço regional ampliado, composto por uma ou mais regiões e seus respectivos municípios.
Análise da situação de saúde	Da população	Pondera os riscos de adoecimento segundo critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e culturais.
	Da capacidade instalada e dos vazios assistenciais	Considera critérios de infraestrutura, organização e produção de serviços no território regional.
Definição de prioridades sanitárias	Diretrizes	Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias.
	Objetivos	Manifestam resultados desejados, refletindo as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações. Declaram e comunicam os aspectos da realidade que serão submetidos a intervenções diretas, permitindo a agregação de um conjunto de iniciativas gestoras de formulação coordenada. Referem-se à declaração de “o que se quer” ao final do período considerado.
	Metas	Determinam a medida de alcance do objetivo. Um mesmo objetivo pode apresentar mais de uma meta em função da relevância desta para o seu alcance, ao mesmo tempo que é recomendável estabelecer metas que expressem os desafios a serem enfrentados.
	Indicadores	Retratam um conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. Devem ser passíveis de apuração periódica, de modo a possibilitar a avaliação da intervenção.
	Prazos de execução	Dizem respeito a um cronograma com o período necessário para a consecução das metas estabelecidas.
Elaboração da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS)	Negociação e pactuação de responsabilidades	Concernem à construção de consensos e à pactuação entre os gestores de saúde dos diferentes níveis, acerca das responsabilidades individuais e solidárias de cada ente federativo, na macrorregião de saúde, para a organização das RAS, seus respectivos pontos de atenção e financiamento previsto. Definem os quantitativos físicos e financeiros das ações e dos serviços a serem desenvolvidos, também no âmbito da macrorregião de saúde, buscando a otimização dos recursos (físicos e financeiros) e contribuindo para a estruturação suficiente da RAS. A PGASS abrange as ações de assistência à saúde (atenção básica/primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e atenção ambulatorial especializada e hospitalar), de promoção, de vigilância (tanto sanitária e epidemiológica como relativa à saúde do trabalhador e à saúde ambiental) e de assistência farmacêutica, conforme interesse regional.
	Estruturação da RAS	
	Definição dos investimentos necessários	

Quadro 5: Etapas e descrição do Planejamento Regional Integrado (PRI).

Fonte: “Resolução nº 23 de 17 de agosto de 2017” (BRASIL, 2017a); “Resolução nº 37 de 22 de março de 2018” (BRASIL, 2018); “Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONASS; CONASEMS, 2018).

O resultado do processo do PRI é o Plano Regional da macrorregião de saúde, que, de acordo com a Resolução CIT nº 37 de 2018, deve compreender:

- a identificação do espaço regional ampliado (macrorregião);
- o entendimento da situação de saúde no território, das necessidades da população e da capacidade instalada;
- as prioridades sanitárias e os respectivos objetivos, diretrizes, metas, indicadores e prazos de execução;
- as responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- a organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- a programação geral das ações e dos serviços de saúde; e
- a identificação dos vazios assistenciais e de eventual sobreposição de serviços, assim orientando a alocação dos recursos de investimento e o custeio da União, dos estados, dos municípios, bem como de emendas parlamentares.

A partir disso, os Planos Regionais consolidados devem compor, então, o Plano Estadual de Saúde de seu respectivo estado.

Outra figura importante instituída pela CIT nº 37 é o Comitê Executivo de Governança da Rede de Atenção à Saúde, responsável por auxiliar na operacionalização das decisões tomadas nas comissões intergestores e por organizar e coordenar a interação entre seus atores, visando a potencializar a cooperação e os resultados sanitários e econômicos da gestão compartilhada. O Comitê Executivo de Governança da RAS tem natureza técnica e operacional e é vinculado à CIB do estado com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento da RAS, fornecer subsídios para a tomada de decisão na macrorregião onde a RAS se estrutura e contribuir para a efetivação dos acordos pactuados nas CIBs e CIRs.

O comitê deve ser formado por gestores das três esferas de governo, prestadores de serviços e representante do controle social. Entre as atribuições possíveis e desejáveis do comitê, destacam-se as seguintes:

- acompanhar o funcionamento da RAS nos diversos pontos de atenção da rede;
- supervisionar os objetivos e as metas da RAS que devem ser cumpridos em curto, médio e longo prazos;
- monitorar os indicadores estabelecidos no painel de bordo da RAS na macrorregião;
- recomendar novos arranjos, fluxos e organização da RAS;
- indicar capacitações e educação permanente para as equipes de saúde;
- propor medidas que favoreçam as articulações das políticas interinstitucionais; e
- encaminhar as recomendações para a CIB estadual.

## 2.5 Considerações parciais: A situação atual da regionalização do SUS

Após três décadas de estruturação, o SUS acumula relevantes avanços em seu intento de universalizar o acesso à saúde como direito do cidadão garantido pelo Estado. Ao mesmo tempo, contudo, o compartilhamento da atenção à saúde entre os três níveis da federação apresenta lacunas, passando pela inconsistência da aplicação do princípio da regionalização e afetando a integralidade do sistema. Como consequência, verifica-se um avanço frágil, descontínuo e permeado por desigualdades do atendimento nos níveis de maior complexidade (secundário e terciário).

Por um lado, o sistema público de saúde brasileiro foi capaz de oferecer atenção primária à saúde para a quase totalidade dos municípios, concentradamente nas regiões e nos grupos populacionais mais vulneráveis, feito esse de grande relevo e reconhecimento mundial. Por outro lado, a desproporção entre os recursos públicos e privados no orçamento total empregado em saúde no país — 42% e 58% do total, respectivamente — faz-se sentir na desigualdade de oferecimento de atenção especializada e hospitalar, à qual tem mais e melhor acesso a população que utiliza o sistema privado complementar, concentradamente nas regiões Sul e Sudeste do país<sup>36</sup>.

A combinação entre demasiada concentração de responsabilidades de execução e gestão nos municípios, desigualdades socioeconômicas e regionais, insuficiência e ineficiência relativas ao orçamento e sua utilização conforma um problema de crescente gravidade para o SUS e limita sua melhoria. O contexto atual, marcado por uma prolongada crise econômica e por políticas de austeridade, a partir de 2015, e pelo choque da emergência sanitária determinada pela pandemia de covid-19, a partir de 2020, amplifica os desafios do SUS e, portanto, de sua gestão por cada ente federativo e pela coordenação entre municípios, estados e União.

Diante do exposto, as demandas ordinárias e extraordinárias atuais envolvem: a reversão do retrocesso relativo às coberturas vacinais; o combate contínuo à covid-19 e às suas consequências; o cuidado com antigas e novas formas de má nutrição, além de seus diferentes níveis; a ampliação e a aceleração do oferecimento de diagnósticos e tratamentos oncológicos; a digitalização do sistema e a valorização profissional dos trabalhadores do sistema de saúde, entre outras. O avanço na efetiva regionalização do sistema de saúde — compreendida como diretriz de gestão que institui um nível intermediário, entre municípios e estados, e que aponta para ganhos de escala e eficiência — constitui uma etapa fundamental do enfrentamento a esses desafios.

A dinâmica real da regionalização do sistema público de saúde oferece importantes elementos para orientar o enfrentamento dos referidos obstáculos. Diante disso, Rocha, Rache e Nunes<sup>37</sup> desenvolveram uma ampla análise empírica sobre padrões de expansão e reorganização de serviços de saúde, recursos hospitalares e fluxos de internação entre municípios ao longo das últimas duas décadas com o objetivo de avaliar não só se houve uma reorganização do sistema em direção a um desenho regional, como também se esse movimento se relaciona ou não às normativas introduzidas com esse objetivo, abordadas anteriormente.

As autoras verificaram uma expressiva redução da distância (linear, em quilômetros) entre pacientes e observaram a atenção básica, o local mais próximo com procedimentos ambu-

<sup>36</sup> MASSUDA et al., 2022, op. cit.

<sup>37</sup> ROCHA; RACHE; NUNES, 2022, op. cit.





latorias de alta complexidade e disponibilidade de leitos de UTI. Elas constataram também uma redução da desigualdade entre regiões de saúde ao considerarem a presença de recursos de alta complexidade, como leitos de UTI.

Além da grande expansão da ESF, que garante cobertura de APS à parcela majoritária da população na grande maioria dos municípios e, em especial, nas regiões mais vulneráveis, a redução das distâncias é caracterizada por um aumento contínuo, ao longo dos anos, do percentual de hospitalizações que aconteceram fora da região de saúde onde o paciente reside, especialmente no que se refere a internações que demandam leitos cirúrgicos e leitos de UTI.

Enquanto há uma redução dos internamentos em hospitais de pequeno porte, há um expressivo aumento do número de internações em municípios-polo da macrorregião de cidades onde residem os pacientes, que passam a dispor de tais serviços, especializando-se. Do ponto de vista das regiões geográficas do país, destaca-se que residentes do Norte, do Centro-Oeste e do Nordeste brasileiros percorreram, em média, distâncias consideravelmente maiores do que aqueles do Sul e do Sudeste<sup>38</sup>.

A análise das autoras revela ainda uma organização crescentemente regional do sistema de saúde no Brasil ao longo das últimas duas décadas, com redução das distâncias entre a população e os serviços de maior complexidade, assim como um aumento da desigualdade na distribuição de leitos de UTI — o que representa uma especialização dos municípios nas macrorregiões de saúde, e não um fato negativo. O processo sugere a ocorrência de ganhos de escala e otimização de recursos de saúde escassos, humanos, técnicos/tecnológicos e orçamentários.

**Reorganização dos fluxos de internação (1998-2019)**

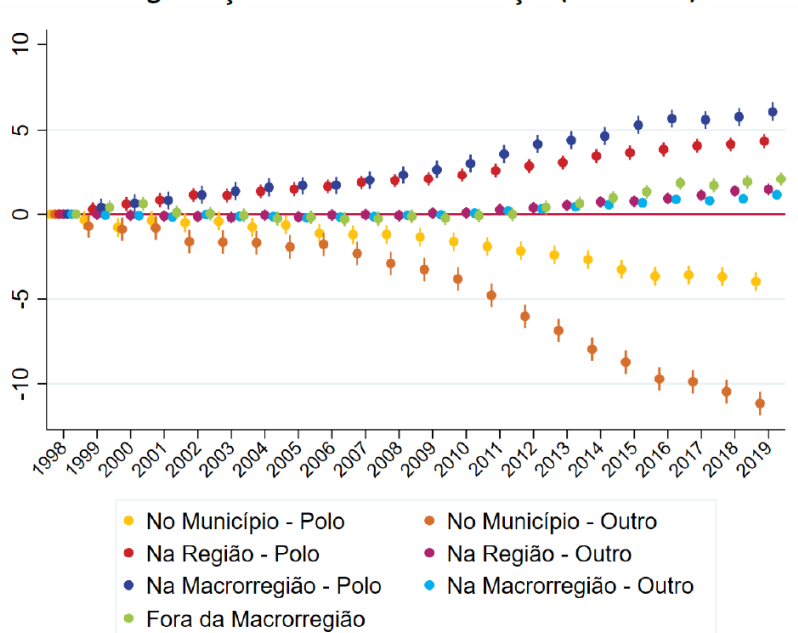


Figura 2: Reorganização dos fluxos de internação no SUS.  
Fonte: “A Regionalização da Saúde no Brasil” (ROCHA; RACHE; NUNES, 2022).

<sup>38</sup> Idem.



O referido estudo apresenta, contudo, uma importante ressalva. Segundo as pesquisadoras, a verificada regionalização do sistema de saúde não seria resultado das normativas construídas em âmbito federal. Em vez disso, seria consequência de um movimento espontâneo, e não coordenado, decorrente da expansão natural do sistema de saúde ao longo do período e de fatores exógenos à política de saúde, tais como o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), o aumento da renda per capita e o adensamento das malhas de infraestrutura, mais notadamente de estradas de rodagem, que facilitam o deslocamento por conta dos próprios pacientes até os municípios que ofertam os serviços demandados.

Entre os fatores que dificultam o funcionamento mais regional da saúde pública no Brasil e a cooperação entre os entes federados nesse quesito, destacam-se os seguintes:

- descentralização inicial desequilibrada entre os três níveis federativos e demasiadamente concentrada nos municípios;
- falta de uma instância regional formal no pacto federativo com autonomia e, especialmente, com financiamento próprio;
- fragmentação partidária e desalinhamento político entre prefeitos de municípios de uma região de saúde e destes com o governador de seus estados;
- subfinanciamento do SUS e disputa pelos recursos existentes; e
- fragmentação e descontinuidade das políticas do Ministério da Saúde.

A superação desse quadro passa, portanto, por um modelo e por um conjunto de políticas e articulações em cada nível federativo, visando a induzir de fato a governança e a autonomia na gestão dos recursos a nível regional, o que é fundamental para ampliar a cobertura e a integralidade do sistema, otimizar o uso de recursos e reduzir as iniquidades. Tal esforço passa por:

- adesão aos programas existentes;
- articulação e coordenação entre municípios, estados e União, construindo-se instâncias perenes, imunes aos atritos e às descontinuidades da fragmentação partidária e dos ciclos eleitorais;
- redução da rotatividade de gestores de saúde em níveis municipal e estadual;
- qualificação técnica dos gestores;
- participação da sociedade civil e dos poderes legislativo e judiciário dos diferentes níveis federativos, visando-se a transparência, integridade e redução da insegurança jurídica; e
- maior financiamento e otimização dos recursos em nível regional<sup>39</sup>.

Avançar na regionalização do SUS é uma tarefa urgente e complexa. Enquanto parte de seus desafios cabe à União ou envolve uma ampla articulação horizontal e vertical, outra parcela, contudo, cabe a gestores municipais e estaduais em grupos de municípios e no governo estadual. Cada qual pode oferecer uma importante contribuição diante deste contexto, que exige reversão de retrocessos, consolidações e novos avanços focados no bem-estar da população e no fortalecimento dos serviços públicos.

<sup>39</sup> Idem.



### 3. Consórcios públicos de saúde

Desde o fim dos anos de 1980, os consórcios são uma das formas de coordenação e cooperação intergovernamental horizontal e vertical utilizadas para enfrentar desafios relativos ao oferecimento de serviços públicos à população, notadamente no âmbito da saúde, viabilizando parcerias técnicas e financeiras entre diferentes entes federados. Os consórcios não são formados seguindo um único modelo padronizado de organização e funcionamento, assim conformando um campo diverso de experiências em todo o território nacional.

Em 2015, mais da metade dos municípios brasileiros participava de um consórcio de saúde<sup>40</sup>, dez anos após a sanção da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005<sup>41</sup>, que normatizou a constituição dos consórcios públicos, regulamentada em 17 de janeiro de 2007 pelo Decreto nº 6.017<sup>42</sup>. As normativas permitiram a participação de estados e União nos consórcios, além de determinarem que seguissem os princípios e diretrizes do SUS.

O consórcio em si consiste na união entre dois ou mais entes da federação, sem fins lucrativos, com a finalidade de prestar serviços e desenvolver ações conjuntas que visem ao interesse público. Trata-se de uma associação pública, como personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, ou como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos; não obstante, independentemente da personalidade jurídica, o consórcio terá de atender às normas de Direito Público<sup>43</sup>.

A Lei dos Consórcios prevê que aqueles respectivos ao Direito Público são associações públicas de natureza autárquica, integrantes da administração indireta, e devem obedecer a todos os princípios da Administração Pública. Autarquia, por sua vez, é uma pessoa jurídica de Direito Público, criada por lei específica para cumprir objetivos e desempenhar atividades típicas da Administração Pública, com autonomia administrativa e financeira, além de dispor de patrimônio e receitas próprias.

Quanto à associação, pode ser horizontal ou vertical: no primeiro caso, constitui-se por entes da mesma esfera de governo, isto é, município–município ou estado–estado; no segundo, unem-se diferentes esferas de governo — município(s) e estado(s), estado e União, ou município(s), estado(s) e União<sup>44</sup>.

Na área da saúde podem ser formalizados consórcios para assistência de saúde de média e alta complexidades, execução de projetos e programas de saúde, aquisição de medicamentos, materiais e equipamentos hospitalares, coleta de resíduos em serviços de saúde, manutenção preventiva de equipamentos, realização de exames de laboratório e de diagnóstico por imagem, educação permanente, entre outros.

40 Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1278>. Acesso em: 20 ago. 2022.

41 “Lei nº 11.107 de 6 de abril de 2005” (BRASIL, 2005).

42 “Decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007” (BRASIL, 2007).

43 “Consórcios públicos em saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde” (CEARÁ, 2009).

44 Idem.

Os consórcios oferecem alternativas viáveis para a realização de compras, gestão e provisão de serviços, o que aumenta a capacidade de gestão pública de municípios e estados caracterizados por alguma vulnerabilidade econômico-administrativa ou por uma densidade populacional não compatível com determinados investimentos e estruturas de maior complexidade. Constituem, assim, um instrumento importante de ganhos de escala, eficiência e alcance econômico e sanitário, o que se dá ao viabilizar-se o acesso a recursos humanos e tecnológicos mais complexos, os quais, no modelo consorciado, são acessados e usufruídos de forma solidária e cooperativa entre os municípios participantes, melhorando a gestão pública e seus resultados.

Recentemente, o Consórcio do Nordeste despontou como uma novidade no arranjo federativo brasileiro, o que representou um importante instrumento no combate à pandemia de covid-19 e apontou novas perspectivas para o desenvolvimento regional. Outro exemplo exitoso é o do estado do Ceará, que participa de consórcios junto aos municípios e, assim, garante financiamento estadual com o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) ao custeio das policlínicas regionais e dos centros especializados de odontologia geridos pelos municípios consorciados.

Já as experiências dos consórcios de saúde nos estados são diversas. Ainda a exemplo do Ceará, o estado é parte integrante dos consórcios e dispõe de uma ampla regulação de incentivos, como no referido caso do ICMS<sup>45</sup>. Minas Gerais é outra exemplificação exitosa de incentivo à consorciação: no caso mineiro, o governo estadual participa indiretamente, por meio de apoio administrativo, na formação dos consórcios, mas não os compõe<sup>46</sup>. Segundo o Colegiado de Secretarias Executivas dos Consórcios Intermunicipais de Minas Gerais/Agência de Políticas Públicas (COSECS-MG/APP), atualmente, o estado conta com 76 consórcios de saúde ativos, os quais envolvem mais de 750 municípios e atendem mais de 14 milhões de pessoas<sup>47</sup>.

Em contrapartida, um dos desafios relativos aos consórcios no âmbito da gestão é a sua compatibilização com as regiões e macrorregiões de saúde, os Planos Regionais, as CIBs e CIRs, conforme as normativas apresentadas anteriormente e suas diretrizes. Tal compatibilização é condição para que os consórcios existentes, a adesão de novos municípios e a criação de novos consórcios somem-se ao esforço de planejamento ascendente do SUS, buscado ao longo da última década<sup>48</sup>.

Outro desafio diz respeito ao incentivo e aos mecanismos de financiamento a esses instrumentos. A ausência de novas fontes de subsídio, notadamente aos municípios, acaba por criar um ambiente de disputa por recursos existentes entre seus gestores, desincentivando a cooperação, a coordenação e, conseqüentemente, a regionalização, a equidade, a integralidade e o uso eficiente de recursos do sistema<sup>49</sup>. O quadro a seguir sistematiza algumas das vantagens e dos desafios em relação à implementação dos consórcios intermunicipais de saúde.

45 CEARÁ, 2009, op. cit.

46 "Consórcios intermunicipais de Saúde" (AMM, 2013). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=EzCl6K110wl>. Acesso em: 20 ago. 2022.

47 Disponível em: <https://www.cosecsmg.org.br/>. Acesso em: 20 ago. 2022.

48 AMM, 2013, op. cit.

49 "A Regionalização da Saúde no Brasil" (ROCHA; RACHE; NUNES, 2022).

<b>Vantagens e desafios da implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde</b>	
<b>Vantagens</b>	<b>Desafios</b>
Aumento da eficiência na prestação de serviços públicos ao cidadão	Ausência de confiança nos parceiros tanto pela condição financeira dos municípios quanto pelo não cumprimento e/ou interpretação da legislação pertinente e do contrato
Rateio, redução dos custos e despesas para prestação de serviços	Mal-estar com a população, que deixa de ser atendida pelos municípios que não cumprem seu papel no consórcio
Contratação de um número significativo de especialistas	Baixa capacidade técnica e institucional dos consórcios com municípios mais vulneráveis economicamente, sobretudo em Recursos Humanos
Ganho em escala na quantidade e na qualidade dos serviços prestados por meio da intermediação de atendimentos médicos qualificados e especializados aos munícipes da região	Ausência de participação dos conselhos municipais de saúde
Parceria entre o setor público e privado, assim como entre diversos entes federativos	Falta de qualidade de gerência e de comunicação entre os participantes do consórcio
Agilidade em processos administrativos e burocráticos	Localização da sede em município diferente daquele do detentor da responsabilidade da gerência
Viabilidade de desenvolver projetos regionais de interesse e benefício comum dos municípios por serem considerados inviáveis de forma isolada	Distorção da finalidade dos consórcios e conflitos entre interesses políticos, eleitorais e econômicos, envolvendo até mesmo a heterogeneidade entre os municípios
Impulsioneamento do desenvolvimento local e contribuição para a redução da desigualdade social	Atraso no depósito da contrapartida pelos municípios consorciados, o que gera conflito entre os membros
Fortalecimento político de regiões até então com pouca representatividade estadual	Falta de conscientização dos gestores municipais sobre a importância dos consórcios intermunicipais de saúde e falta de accountability do sistema
Melhoria do acesso aos serviços de saúde de maior complexidade, ampliando sua oferta e oferecendo maior resolubilidade e qualidade	Não compatibilização entre consórcio e região ou macrorregião de saúde, conforme normativas de regionalização do SUS
Fortalecimento das instâncias locais e regionais e do processo de descentralização, formando vínculos de cooperação e de gestão compartilhada	Desconexão dos consórcios com as comissões intergestores
Integração de diferentes realidades locais, preservando suas peculiaridades, na busca da solução de problemas comuns	Reduzidos incentivos de caráter financeiro aos consórcios, que acabam por gerar disputas internas por recursos

Quadro 6: Vantagens e desafios da implementação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

Fonte: “Consórcios Públicos em Saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde” (CEARÁ, 2009); “Vantagens e desafios dos consórcios intermunicipais de saúde: um ensaio teórico” (MORAES et al., 2021); “A Regionalização da Saúde no Brasil” (ROCHA; RACHE; NUNES, 2022).

## Caso: O exemplo do Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP) na Zona da Mata Mineira<sup>50</sup>

O Consórcio Intermunicipal de Especialidades (CIESP) foi constituído em abril de 2005 por um conjunto de municípios da Zona da Mata de Minas Gerais (ou Zona da Mata Mineira), como personalidade jurídica de Direito Público, na forma de Associação Pública. As deliberações do consórcio são colegiadas, cabendo aos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde ou à Assembleia Geral dos Prefeitos, tudo coordenado pelo presidente do consórcio e por sua secretaria executiva. Ao todo, são mais de dez municípios consorciados, agregando uma população de 70 mil pessoas. Com sede no município de Bicas, o CIESP é uma referência nos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais, estado de destaque no uso desse instrumento.

O CIESP é responsável por um considerável aumento na capacidade de atendimento de demandas de média complexidade no território contíguo desses municípios, tornando-se referência em consultas e exames especializados e na aplicação e transparência do uso de recursos repassados pela União e pelo estado de Minas Gerais por programas, convênios e contratos. No município-sede, o CIESP disponibiliza ações e serviços de média e alta complexidade tanto na RAS estruturada como na rede complementar.

O consórcio garante aos municípios uma frota de 14 veículos do Serviço Estadual de Transporte em Saúde (SETS), com motoristas e enfermeiros treinados. Além disso, o desenvolvimento de suas ferramentas de gestão permite regular o mercado e garantir economia de escala por meio de licitações compartilhadas com registro de preços para a compra de medicamentos e materiais de odontologia e de consumo hospitalar.

Esse êxito no campo da saúde fez com que, em 2014, o CIESP alterasse seu Contrato de Consórcio Público e passasse a ser um Consórcio Multifinalitário para o atendimento de demandas em outras áreas de Administração Pública, de maneira a aplicar a experiência e a capacidade adquiridas em serviços de iluminação pública e transporte e destinação final do lixo urbano.

São destaque na experiência do CIESP: os dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um que foi construído de forma consorciada pelos municípios e outro que teve sua gestão repassada ao consórcio em 2019. O consórcio foi a saída encontrada para adequação à Política Nacional de Saúde Mental e implantação dos CAPS em municípios com menos de 20 mil habitantes. Para tanto, as equipes de APS (eSF e eAP) dos municípios foram capacitadas e orientadas no que tange aos fluxos e à importância da rede de saúde mental. Segundo o DATASUS, de junho de 2013 a janeiro de 2019, os CAPS I gerenciados pelo CIESP atenderam 5.965 pacientes da região, e, nesse período, houve queda acentuada no total de internações de pessoas com transtornos mentais e, conseqüentemente, nos gastos com esse serviço. Diante desses alcances, o CIESP foi premiado na “16ª Mostra Brasil, Aqui Tem SUS”, na temática “Cooperação interfederativa para regionalização e hierarquização”.

<sup>50</sup> Disponível em: <https://www.ciesp.mg.gov.br/>. Acesso em: 20 ago. 2022; “16ª Mostra Brasil aqui tem SUS - Catálogo de Experiências Exitosas 2019” (CONASEMS, 2019).



## 4. Participação, transparência e integridade no serviço de saúde

Desde a redemocratização, a participação social, a transparência e a integridade são princípios norteadores da República e do SUS, na medida em que sua promoção contribui para o fortalecimento da cidadania e dos serviços públicos. Isto posto, o SUS possui uma Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em junho de 2009, e consolidada na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009<sup>51</sup>. Em 2011, foi publicado uma versão explicativa da carta e destaca seis princípios básicos de cidadania:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

A Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017<sup>52</sup>, estabelece normas básicas para participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da Administração Pública em geral; parte dessa normatização é especialmente importante no caso do SUS. Enquanto portador desses direitos, o cidadão deve ter assegurado, por parte de agentes e prestadores:

- urbanidade, respeito, acessibilidade e cortesia no atendimento;
- presunção da boa-fé do usuário;
- atendimento por ordem de chegada, ressalvados casos de urgência e aqueles em que houver possibilidade de agendamento, sendo asseguradas as prioridades legais às pessoas com deficiência, aos idosos, às gestantes, às lactantes e às pessoas acompanhadas por crianças de colo;
- adequação entre meios e fins, vedada a imposição de exigências, obrigações, restrições e sanções não previstas na legislação;
- igualdade no tratamento aos usuários, vedado qualquer tipo de discriminação;
- cumprimento de prazos e normas procedimentais;
- definição, publicidade e observância de horários e normas compatíveis com o bom atendimento ao usuário;
- manutenção de instalações salubres, seguras, sinalizadas, acessíveis e adequadas ao serviço e ao atendimento;
- eliminação de formalidades e de exigências cujo custo econômico ou social seja superior ao risco envolvido; e
- utilização de linguagem simples e compreensível, evitando-se o uso de siglas, jargões e estrangeirismos.

51 "Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde" (BRASIL, 2011b); "Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009" (BRASIL, 2009).

52 "Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017" (BRASIL, 2017c).

Esse conjunto de diretrizes se relaciona diretamente à humanização do atendimento, tal como definida na Política Nacional de Humanização — HumanizaSUS<sup>53</sup> —, e às orientações do Programa Saúde da Hora<sup>54</sup>, incorporado como ação estratégica no âmbito do Programa Previne Brasil. A humanização do atendimento e as referidas orientações estão relacionadas à ampliação do horário de atendimento das unidades de saúde, conforme as necessidades e condições da população adscrita. Ainda são direitos do usuário dos serviços públicos, conforme a lei:

- a aplicação de soluções tecnológicas que visem a simplificar processos e procedimentos de atendimento ao usuário e a propiciar melhores condições para o compartilhamento das informações;
- o acesso e a obtenção de informações relativas à sua pessoa, constantes de registros ou bancos de dados, observado o disposto no inciso X do caput do artigo 5º da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011; e
- a proteção de suas informações pessoais, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.

Além do mais, esse conjunto de princípios se relaciona diretamente com a atual normatização do SUS, sobretudo em relação ao Informatiza APS (Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde)<sup>55</sup>, conforme a Portaria nº 2.983 de 2019 do Ministério da Saúde, integrada ao Programa Previne Brasil (instituído pela Portaria nº 2.979 de 2019). O Informatiza APS visa a apoiar a melhoria da informatização e da qualificação dos dados na APS dos entes federativos por meio de incentivo financeiro federal mensal aos municípios que aderem ao programa.

Entre os benefícios do uso do prontuário eletrônico relacionados aos direitos do usuário, destacam-se os seguintes: a segurança do paciente, na medida em que o lançamento e o processamento informáticos permitem não só um bom registro clínico, como também a melhora da comunicação e da coordenação entre os profissionais responsáveis; a privacidade e a proteção dos dados do usuário, uma vez que restringe o acesso de seus dados clínicos somente aos profissionais cadastrados no sistema; a facilitação da legibilidade de documentos e prescrições; e a redução dos riscos de deterioração e extravio de registros<sup>56</sup>.

O Informatiza APS considera ainda as definições relacionadas a seguir.

- Informatização: uso de sistema de prontuário eletrônico nos ambientes em que o cidadão é diretamente atendido, com o devido preenchimento a cada atendimento e com envio adequado de dados ao Ministério da Saúde, de acordo com os requisitos definidos nas normas vigentes.
- Sistema de prontuário eletrônico: sistema a ser utilizado em toda a rede da APS, preferencialmente o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da estratégia e-SUS APS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, ou outro sistema compatível com o modelo de

53 "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS" (BRASIL, 2010a).

54 Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora>. Acesso em: 20 ago. 2022.

55 Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps>. Acesso em: 20 ago. 2022.

56 Idem.



dados adotado pelo Ministério da Saúde. Para tanto, deve-se observar, para fins de integração com a base de dados do sistema de informação da APS, o modelo mais recente do padrão Layout e-SUS APS de Dados de Interface (LEDI) de comunicação entre os sistemas, conforme especificação técnica do sistema e-SUS APS.

Prontuário eletrônico: repositório de dados mantidos de forma eletrônica, compreendendo as informações relativas à saúde, clínicas e administrativas, originadas das ações das diversas categorias profissionais que compõem a APS, ao longo da vida de um indivíduo.

### **Caso Belém (PA): O exemplo de informatização da saúde<sup>57</sup>**

Entre 2013 e 2020, a rede de saúde de Belém, no Pará, aumentou em dez vezes o seu número de computadores: passou de 200 para 2 mil equipamentos em UBSs, hospitais e UPAs e nos setores administrativos da Secretaria Municipal de Saúde. Graças a essa ampliação, a conectividade à internet chegou a 100% da rede de urgência e a 40% da rede de APS. Devido à instabilidade do sinal de internet e às maiores distâncias das antenas de transmissão na Amazônia, a informatização é um desafio especialmente difícil na região, mas a ampliação mostrou resultados.

Pelo sistema Hórus, qualificou-se a assistência farmacêutica, de modo que a dispensação técnica de medicamentos e material ocorre exclusivamente pelo sistema, propiciando ganhos de qualidade e precisão no gerenciamento municipal desses insumos, assim reduzindo perdas e danos. No mesmo sentido, o e-SUS permitiu regular, de forma mais precisa, o estoque de vacinas e doses aplicadas, ao passo que o prontuário eletrônico também agregou qualidade ao serviço municipal, racionalizando o atendimento e contribuindo para a continuidade do cuidado, assim como de sua integração e coordenação.

Contudo, Belém produziu também seus próprios sistemas, como o Rede Bem Estar, desenvolvido pela Companhia de Tecnologia da Informação de Belém (Cinbesa) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. O Rede Bem Estar permite acompanhar em tempo real a demanda por serviços de urgência e emergência na capital do Pará, o que muito contribuiu para a gestão dos atendimentos no momento mais agudo da pandemia de Covid-19. No mesmo período, implantou-se em Belém o Sistema de Regulação (SISREG), capaz de gerenciar leitos e consultas especializadas.

Outro ponto a ser destacado é a redução de despesas no município: apenas a economia gerada com a não impressão de exames de imagem foi superior a 1,5 milhão de reais em 2019. Exames de mamografias, raio X, tomografias, ressonâncias e ultrassonografias passaram a ser encaminhados diretamente dos laboratórios para os computadores dos médicos responsáveis pelos pacientes, o que reduziu custos e tempo de diagnósticos.

O exemplo de Belém mostra como a informatização e a digitalização do serviço de saúde oferece ganhos em diversas frentes, sendo seu maior beneficiário o cidadão.

<sup>57</sup> Disponível em: <https://redepara.com.br/Noticia/215258/informatizacao-da-rede-municipal-de-saude-agiliza-atendimentos>. Acesso em: 20 ago. 2022.

Conforme a Lei nº 13.460, de 2017<sup>58</sup>, os órgãos e as entidades em questão têm por dever divulgar a Carta de Serviços ao Usuário com o objetivo de informar o cidadão sobre os serviços prestados por tais entes, as formas de acesso a esses serviços e ainda seus compromissos e padrões de qualidade de atendimento ao público. As informações devem ser claras e precisas, informando, ao menos:

- serviços oferecidos;
- requisitos, documentos, formas e informações necessárias para acessar o serviço;
- principais etapas para processamento do serviço;
- previsão do prazo máximo para a prestação do serviço;
- forma de prestação do serviço;
- locais e maneiras para o usuário apresentar eventual manifestação sobre a prestação do serviço;
- prioridades de atendimento;
- previsão de tempo de espera para atendimento;
- mecanismos de comunicação com os usuários;
- procedimentos para receber e responder as manifestações dos usuários; e
- mecanismos de consulta, por parte dos usuários, acerca do andamento do serviço solicitado e de eventual manifestação.

Outros pontos importantes da Lei nº 13.460 dizem respeito às manifestações de usuários, à participação destes e à avaliação do serviço. No primeiro caso, a lei determina o necessário estabelecimento de um canal em que o usuário possa expor declarações perante a Administração Pública sobre determinado serviço, sendo esse canal, preferencialmente, uma ouvidoria do órgão ou entidade<sup>59</sup>. A resolução da manifestação apresentada deverá cumprir as seguintes etapas:

- recepção da manifestação no canal de atendimento adequado;
- emissão de comprovante de recebimento da manifestação;
- análise e obtenção de informações, quando necessário;
- decisão administrativa final; e
- ciência ao usuário.

Acerca da participação dos usuários no acompanhamento da prestação e na avaliação dos serviços públicos, são os conselhos as figuras preferenciais e não exclusivas para tanto. Os conselhos de usuários devem ser formados observando-se critérios de representatividade e pluralidade por meio de processo aberto ao público e diferenciado por tipo de usuário a ser representado. O exercício da representação no conselho configura um serviço relevante e sem remuneração. Os conselhos formados tornam-se órgãos consultivos com as seguintes atribuições<sup>60</sup>:

58 BRASIL, 2017c, op. cit.

59 Idem.

60 Idem.

- acompanhar a prestação dos serviços;
- participar da avaliação dos serviços;
- propor melhorias na prestação dos serviços;
- contribuir para a definição de diretrizes em vista do adequado atendimento ao usuário; e
- acompanhar e avaliar a atuação do ouvidor.

### **Caso Paulo Jacinto (AL): O exemplo de gestão participativa**

A cidade de Paulo Jacinto, no interior de Alagoas, resolveu melhorar a saúde municipal ao promover o encontro de gestores e profissionais com a população, visando a humanizar o sistema do município e conferir maior protagonismo a seus usuários. Para tanto, foram instituídas duas instâncias de deliberação: rodas de conversa e reuniões do Comitê Interdisciplinar de Saúde.

As rodas de conversa acontecem a cada mês, na casa de um usuário escolhido pelo Agente Comunitário de Saúde, em cada microrregião do município. Ali, na sala da casa de uma pessoa que utiliza o serviço de saúde, gestores e profissionais informam sobre os processos e fluxos do sistema, enquanto os usuários apresentam suas demandas. O conteúdo da conversa é remetido, então, ao Comitê Interdisciplinar de Saúde, formado por membros profissionais de diversos níveis de atenção, que se reúnem mensalmente para articular a rede de saúde tendo em vista os problemas levantados pela população.

Entre dezembro de 2017 e dezembro de 2018, houve 14 rodas de conversas, que produziram 44 solicitações ao Comitê Interdisciplinar, todas relativas a reformas nas unidades, ao transporte e a especialidades médicas, assim como a questões referentes a zoonoses e saneamento. Dessas solicitações, 32 foram atendidas, melhorando o sistema de saúde local. A experiência construída por gestores, profissionais e moradores de Paulo Jacinto foi premiada na “16ª Mostra Brasil, Aqui Tem SUS”, promovida pelo CONASEMS.

Por fim, quanto à avaliação, a lei estabelece que os órgãos e as entidades públicas deverão avaliar os serviços prestados por meio de pesquisa com periodicidade mínima de um ano e com significância estatística. Os resultados da avaliação, por sua vez, devem ser tornados públicos e servir de base para a melhoria dos serviços oferecidos. A avaliação deve considerar<sup>61</sup>:

- satisfação do usuário com o serviço prestado;
- qualidade do atendimento proporcionado ao usuário;
- cumprimento dos compromissos e prazos definidos para a prestação dos serviços;
- quantidade de manifestações de usuários; e
- medidas adotadas pela Administração Pública para melhoria e aperfeiçoamento da prestação do serviço.

A Carta de Serviços deve ser periodicamente atualizada e sempre divulgada pela internet, em sites próprios do órgão em questão. Esses deveres cabem a cada Poder e esfera de governo, inclusive aos municípios.

<sup>61</sup> Idem.



## Considerações Finais

Ao longo desta publicação, procurou-se apresentar os principais termos e processos relativos à construção de políticas públicas com base em evidências, à regionalização do SUS e ao respeito para com o usuário na utilização das ações e dos serviços de saúde. Esses são apenas alguns dos desafios dos gestores em saúde de estados e municípios diante do quadro de pressão em que o SUS se encontra — em meio à crise econômica, a restrições orçamentárias e à emergência sanitária, além de seus problemas estruturais e institucionais. Cada uma dessas frentes, contudo, relaciona-se diretamente às perspectivas de melhoria do sistema, que estão associadas ao uso dos recursos públicos e às necessidades de saúde da população.

A atenção à legislação, às boas práticas e às boas estratégias são fundamentais para que os gestores municipais e estaduais cumpram seu papel no fortalecimento do SUS e da cidadania. Apropriar-se de seus processos gera uma contribuição às melhorias necessárias e à reversão de retrocessos verificados nos últimos anos, aproximando o SUS de seus princípios fundadores que já produziram tantos avanços e aumentaram a qualidade de vida da população brasileira.



## Referências

AMM. Consórcios intermunicipais de Saúde. [Entrevista de Francisco Tavares, ex-Secretário Adjunto de Estado de Saúde, à Associação Mineira de Municípios AMM-TV]. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 11.107 de 6 de abril de 2005. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 6.017 de 17 de janeiro de 2007. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos – SPI. Indicadores de programas: Guia Metodológico. Brasília, DF: MP, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.135 de 25 de setembro de 2013. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes e proposições metodológicas para a elaboração da programação geral das ações e serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 23 de 17 de agosto de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 13.460 de 26 de junho de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 37 de 22 de março de 2018. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.254 de 3 de setembro de 2021. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAPS. Nota técnica nº 12 de 11 de julho de 2022. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2022.

CAPPELLAZZO ARABAGE, A. et al. Guia para Avaliar Políticas Públicas | volume 1. A política é nova? Vitória, ES: Instituto Jones dos Santos Neves, 2018. v. 1.

CEARÁ. Consórcios Públicos em Saúde no Ceará: estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Praia de Iracema: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2009.

CNM – Confederação Nacional de Municípios. Consórcios públicos intermunicipais: estrutura, prestação de contas e transparência. 2. ed. Brasília, DF: CNM, 2020.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. SUS que dá certo: Experiências Premiadas na Mostra “Brasil, Aqui Tem SUS – 2018”. CONASEMS, 2018.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 16ª Mostra Brasil, Aqui Tem SUS – Catálogo de Experiências Exitosas 2019. CONASEMS, 2019.

FIOCRUZ. A construção do Sistema de Monitoramento do COVID-19 como um instrumento de apoio a gestão e controle social na SMS Petrópolis - RJ. Fiocruz, 2021. Disponível em: [http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/lista-praticas-da-categoria?id\\_menu=91](http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/lista-praticas-da-categoria?id_menu=91). Acesso em: 20 ago. 2022.

GERTLER, P. J. et al. Avaliação de Impacto na Prática. 2. ed. Washington, D.C.: Grupo Banco Mundial, 2018.

IEPS; UMANE. Mais SUS em evidências – volume 2: recursos humanos, infraestrutura e tecnologia no SUS. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde: Umame, 2022. Disponível em: <https://agendamaisus.org.br/evidencias/>. Acesso em: 8 set. 2022.

MASSUDA, A. et al. Rumos para um sistema de saúde resiliente. Desafios da Gestão Pública, v. 21, n. 2, p. 22-29, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; CONASS; CONASEMS. Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. Brasília, DF: Ministério da Saúde: CONASS: CONASEMS, 2018.

MORAES, R. et al. Vantagens e desafios dos consórcios intermunicipais de saúde: um ensaio teórico. Revista de Desenvolvimento Econômico (RDE), Salvador, ano XXIII, v. 2, n. 49, p. 203-225, 2021.

REIS, J. G. et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.

ROCHA, R.; RACHE, R.; NUNES, L. A Regionalização da Saúde no Brasil. Estudo Institucional n. 7. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2022.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saúde e Sociedade, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

