

O SUS e os Consórcios Públicos em Saúde

Da Teoria à Prática



A EXPERIÊNCIA
DO CEARÁ

Helena Márcia | Bruno Eloy

EDIÇÕES
INESP

Helena Márcia | Bruno Eloy

O SUS e os Consórcios Públicos em Saúde

Da Teoria à Prática

**A EXPERIÊNCIA
DO CEARÁ**



Fortaleza - Ceará
2019

Copyright © 2019 by INESP
Coordenação Editorial
João Milton Cunha de Miranda
Assistente Editorial
Valquiria Moreira Carlos
Diagramação
Mario Giffoni
Capa
Helena Márcia
Revisão
Vânia Soares e Viana Junior
Coordenação de impressão
Ernandes do Carmo
Impressão e Acabamento
Inesp

Edição Institucional da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará
VENDA E PROMOÇÃO PESSOAL PROIBIDAS

Catalogado na Fonte por: Daniele Sousa do Nascimento CRB-3/1023

E37s

Marcia, Helena.
O SUS e os consórcios públicos em saúde: da teoria à prática
/ Helana Márcia, Bruno Eloy. -- Fortaleza: INESP, 2019.
85p. : il. ; 20 cm.

Abaixo do título: A experiência do Ceará.
ISBN: 978-85-7973-134-1

1. Sistema Único de Saúde, Brasil. 2. Consórcio. I. Márcia,
Helena. II. Ceará. Assembleia Legislativa. Instituto de Estudo e
Pesquisas sobre o Desenvolvimento do Estado. III. Título.

CDD 614.0981

Permitida a divulgação dos textos contidos neste livro,
desde que citados autores e fontes.

Inesp
Av. Desembargador Moreira, 2807
Ed. Senador César Cals de Oliveira, 1º andar
Dionísio Torres
CEP 60170-900 – Fortaleza - CE - Brasil
Tel: (85)3277.3701 – Fax (85)3277.3707
al.ce.gov.br/inesp
inesp@al.ce.gov.br

O SUS e os Consórcios Públicos em Saúde

Da Teoria à Prática



APRESENTAÇÃO

A interiorização dos serviços públicos de saúde desenvolvida por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou os princípios da política nacional de saúde pública por meio de uma gestão igualitária e adaptável.

A avaliação das direções e dos resultados dos Consórcios Públicos em Saúde, no Estado do Ceará, é uma ação fundamental para indicar a necessidade de um possível realinhamento de percurso, visando melhorar o desempenho das unidades e o acesso à população. Além disso, a aprovação dos cidadãos e a observação às demandas são indispensáveis nesse processo.

A obra colabora para a articulação de projetos e para a formulação de propostas políticas para a saúde, no âmbito do poder legislativo estadual, e busca garantir o direito universal à saúde por meio da inserção da padronização dos consórcios públicos de saúde do estado em sua pauta.

A Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, por meio do Instituto de Estudos e Pesquisas sobre o Desenvolvimento do Estado do Ceará – Inesp –, edita, lança e distribui a obra O SUS e os Consórcios Públicos em Saúde – da teoria à prática, com o desejo de que a publicação leve à população a refletir e a expressar seus posicionamentos críticos e necessários ao crescimento do modelo, consolidando e exercitando o nosso regime democrático.

Deputado José Sarto
Presidente da Assembleia Legislativa
do Estado do Ceará

PRÓLOGO

Completando 31 anos de existência e dez da implantação dos Consórcios Públicos neste 2019, o Sistema Único de Saúde (SUS), exemplo para o país, atravessa um momento de análise técnica, administrativa e social. A obra *O SUS e os Consórcios Públicos em Saúde - da Teoria à Prática* vem, então, auxiliar e embasar a necessária apreciação crítica.

O livro apresenta um formato didático, com esquemas e ilustrações e trata, em capítulos, de temas como: a saúde no Brasil; Sistema Único de Saúde (SUS); Leis Orgânicas da Saúde; organização do SUS; financiamento do SUS; unidade orçamentária; planejamento; trinta anos de SUS; regiões de saúde, Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs); policlínicas, acesso e integração; gestão por consórcios; implantação dos consórcios; organização e estrutura do consórcio no Ceará; gestão de pessoas; seleção das lideranças e equipes; gestão pela qualidade e o estado atual do projeto.

A Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, por meio do Instituto de Estudos e Pesquisas sobre o Desenvolvimento do Estado do Ceará - Inesp, orgulhosamente, edita e distribui o trabalho do administrador Bruno Eloy Farias Araújo, especialista em Regulação em Saúde no SUS e ex-secretário executivo do Consórcio de Saúde Pública da Região de Cascavel, e da cirurgiã-dentista Helena Márcia Guerra dos Santos, doutora em Ciências da Saúde, especialista em gestão de serviços de saúde e ex-diretora geral do CEO Regional de Cascavel.

João Milton Cunha de Miranda
Presidente do Instituto de Estudos e Pesquisas
sobre o Desenvolvimento do Estado do Ceará - Inesp

PREFÁCIO

Em 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) comemorou 30 anos desde que foi criado, sendo considerado um dos mais complexos e abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo. Para nós cearenses, no ano de 2019, quando se completam dez anos da implantação dos Consórcios Públicos em Saúde no Estado, temos motivos para comemorar, mas, também, para refletir.

Comemorar pela construção da maior rede de média complexidade de saúde do país, que permitiu a interiorização dos serviços públicos de saúde, antes concentrados e, às vezes, até restritos à capital, aplicando na prática e fortalecendo os princípios da política nacional de saúde pública, e, também, pela implantação de um modelo de gestão mais democrático, flexível e versátil, que uniu forças e recursos do Estado, dos seus municípios e, em parte, da União, para o funcionamento das Policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

As lideranças devem estar atentas aos rumos que os Consórcios tomaram, se eles estão na direção certa para o cumprimento de sua missão. É hora de fazer um balanço, refletir e analisar se os resultados estão sendo alcançados.

Relacionar os avanços, as vantagens, o que precisa ser mantido e o que pode ser feito para melhorá-los; e, também, os desacertos e retrocessos. Talvez, torne-se necessário o realinhamento da rota, com critérios técnicos profissionalizantes, dentro da legalidade formal, resultantes de uma década de experiência do modelo dos Consórcios Públicos em Saúde no estado do Ceará.

Pelo empenho pessoal que tive na criação, implantação e funcionamento dos consórcios durante os meus dois governos (2007-2010 e 2011-2014), acredito que esse modelo seja o mais adequado para uma rede tão grande que leva em conta as necessidades de cada região do Estado nas tomadas de decisões. A administração descentralizada é um dos principais pontos do projeto, mas não exclui a gerência do Estado, uma vez que é o consorciado com maior participação na constituição da rede, desde a construção até o financiamento da operacionalização dos serviços.

Cid Ferreira Gomes

Senador da República Federativa do Brasil

“Acredito que o presente trabalho seja um instrumento de conhecimento sobre a saúde pública e sobre os consórcios públicos ora vigentes no Ceará.”

LISTA DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde	LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento	LOA - Lei de Orçamento Anual
CNPJ - Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica	LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária
CEO - Centro(s) de Especialidades Odontológicas	MS - Ministério da Saúde
CES - Conselho Estadual de Saúde	NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Cesau - Conselho Estadual de Saúde do Ceará	NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde
CIB - Comissão Intergestores Bipartite	OMS - Organização Mundial de Saúde
CIR - Comissão Intergestores Regional	ONA - Organização Nacional de Acreditação
CIT - Comissão Intergestores Tripartite	ONU - Organizações da Nações Unidas
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas	OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde	PCC - Programação Pactuada Consorcial
CNS - Conferência Nacional de Saúde	PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários
CFM - Conselho Federal de Medicina	PEC - Projeto de Emenda Constitucional
Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde	PNE - Pacientes com Necessidades Especiais
Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde	PPA - Plano Plurianual
Cpsrcas - Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel	Proexmaes - Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada à Saúde
Cres - Coordenadoria Regional de Saúde	PMM - Programa Mais Médicos
DER - Departamento de Estradas e Rodagens do Ceará	PSF - Programa de Saúde da Família
DOE - Diário Oficial do Estado do Ceará	RAS - Redes de Atenção à Saúde
ESF - Equipe de Saúde da Família	SAMU - Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
ESP - Escola de Saúde Pública do Ceará	Seinfra - Secretaria de Infraestrutura do Estado do Ceará
FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço	Seplag - Secretaria do Planejamento e Gestão do Estado do Ceará
FNS - Fundo Nacional de Saúde	SESA - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Fundes - Fundo Estadual de Saúde	SUS - Sistema Único de Saúde
FMS - Fundos Municipais de Saúde	TCU - Tribunal de Contas da União
HPP - Hospitais de Pequeno Porte	UBS - Unidade(s) Básica(s) de Saúde
ICMS - Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços	UGP - Unidade de Gerenciamento de Projetos
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social	UPA - Unidades de Pronto Atendimento
IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo	
Ipece - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará	
Lacen - Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará	

SUMÁRIO

Apresentação

Prólogo

Prefácio

Lista de Siglas e Acrônimos

A Saúde no Brasil	10
Sistema Único de Saúde (SUS)	12
Princípios Doutrinários	12
Leis Orgânicas da Saúde	13
Organização do SUS	18
Níveis de Atenção	20
Financiamento do SUS	21
Unidade Orçamentária	25
Planejamento	27
30 anos de SUS	29
Nova Rede - Atenção Especializada no Ceará	30
Regiões de Saúde	32
Proexmaes	34
Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)	36
Policlínicas	38
Acesso e Integração	43
Transporte Sanitário Eletivo	44
Gestão por Consórcios	46
Implantação dos Consórcios	52
Organização e Estrutura do Consórcio no Ceará	53
Contrato de Programa	55
Contrato de Rateio	56
Gestão de Pessoas	58
Seleção das Lideranças e Equipes	60
Gestão pela Qualidade	62
Acreditação das Unidades	64
Proexmaes II	70
Estado Atual do Projeto	72
Referências	76
Sobre os Autores	84

A SAÚDE NO BRASIL

As políticas públicas afetam todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de ideologia política, condição socioeconômica ou cultural. A saúde é apontada pela população como a política pública mais importante e com o aprofundamento e a expansão da democracia, as responsabilidades dos gestores da área aumentaram ainda mais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidades". O bem-estar das pessoas está relacionado a ações e serviços bem desenvolvidos e executados, não apenas na área da saúde, mas, também, da educação, meio ambiente, habitação, assistência social, lazer, transporte e segurança, ou seja, deve-se contemplar a qualidade de vida como um todo. (WHO, 2006).



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e foi criado na Constituição Federal de 1988, com o intuito de oferecer, gratuitamente, a todo cidadão brasileiro acesso aos serviços de saúde, de forma integral, universal e justa. (BRASIL, 1988).

A rede que compõe o SUS é ampla e abrange as ações e os serviços de:



PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS

Todas as ações, questões políticas, administrativas e técnicas que envolvem a implantação dos serviços de saúde no Brasil devem ser norteadas pelos seguintes princípios doutrinários:

Universalidade

O acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todos os indivíduos, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Equidade

Apesar de todos possuírem direito iguais, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas, portanto, deve-se investir mais onde a carência for maior.

Integralidade

Tratar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, sendo necessária a articulação da saúde com outras políticas públicas, de forma a impactar na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A Constituição Federal de 1988 é considerada o marco jurídico inicial, na qual “nasce o SUS” e traz em seus artigos 196 ao 200 o “registro do SUS”. Mais tarde, disciplinado com a promulgação das Leis Orgânicas nºs 8.080/1990 e 8.142/1990.

LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

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

Breve Resumo:

- 1 Reafirma o princípio constitucional da saúde, como direito de todos e dever do Estado, mas não exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.
- 2 Regula todas as ações e serviços de saúde desenvolvidos por pessoas físicas, pela administração pública, direta ou indireta, ou pela iniciativa privada, pois todos constituem o SUS.

Administração pública:

Direta

Corresponde à prestação dos serviços públicos diretamente, de forma CENTRALIZADA, pelo próprio Estado e seus órgãos.

Indireta

É o serviço prestado por pessoa jurídica criada pelo poder público para exercer tal atividade, de forma DESCENTRALIZADA. Compõem a administração pública indireta as autarquias, fundações, sociedades de economia mista e empresas públicas.

Quando o Estado cria pessoas jurídicas de Direito Público (autarquias ou fundações públicas), essas apresentam características da Administração Direta, como a imunidade tributária, a possibilidade de rescisão ou alteração de contratos administrativos, impenhorabilidade de seus bens, sujeição ao princípio da legalidade, licitação, concursos públicos dentre outros. (CUNHA, 2014).

- 3 Prevê que o SUS pode recorrer à iniciativa privada, em caráter complementar, quando não conseguir ofertar cobertura assistencial à população de determinada área, mediante contrato ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.
- 4 Reconhece que a saúde é REFLEXO da condição social e econômica do País e estabelece os DETERMINANTES e CONDICIONANTES DA SAÚDE, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

A atividade física foi incluída como fator determinante pela Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013).

Abaixo, esquema ilustrando a inter-relação entre os determinantes e condicionantes da saúde e os fatores e características individuais, que são os aspectos mais difíceis de serem controladas:



Fonte: Dahlgren e Whitehead (2007)

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990.b)

Breve Resumo:

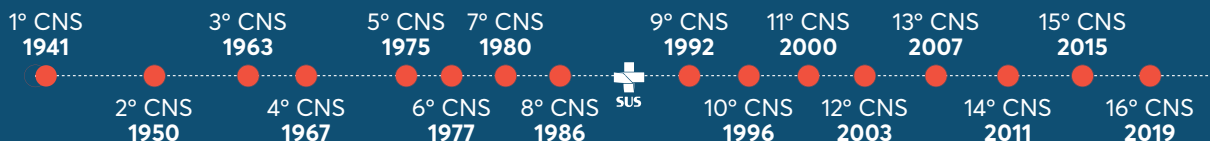


Participação da comunidade na gestão do SUS

Essa lei é o resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, com a criação de duas instâncias colegiadas consideradas espaços vitais para o exercício do controle social: as Conferências de Saúde - que, de forma ordinária, devem acontecer a cada quatro anos em todas as esferas de governo, e os Conselhos de Saúde - em caráter permanente e deliberativo.

As conferências de saúde, com representação dos vários segmentos sociais, consistem de fóruns públicos que ocorrem a cada quatro anos, com o propósito de discutir, avaliar e propor mudanças ou novas políticas e programas de saúde para o país. São realizadas em etapas locais, estaduais e nacional, com a participação de segmentos sociais representativos do SUS (prestadores, gestores, trabalhadores e usuários). Na prática, são realizadas etapas municipais, onde serão eleitos os representantes que participarão das etapas estaduais, onde serão eleitos os representantes que participarão da Conferência Nacional de Saúde (CNS). Essas Conferências já proporcionaram transformações históricas para a gestão da saúde no Brasil. Até o final de 2019, serão realizadas 16 Conferências Nacionais de Saúde.

Linha do tempo mostrando as Conferências Nacionais de Saúde:



Fonte: Ministério da Saúde

A 16ª CNS (8ª+8) ocorrerá em Brasília, de 4 a 7 de agosto de 2019, para tratar das diretrizes para as políticas públicas de saúde no país. A Conferência tem como principal tema "Democracia e Saúde" e será debatida sob três eixos: saúde como direito; consolidação dos princípios do SUS; e o seu financiamento. A CNS é muito importante pois permite que a população contribua, ativamente, no desenvolvimento de políticas públicas de saúde. O relatório final da 16ª CNS (8ª+8) vai gerar subsídios para a elaboração do Plano Plurianual 2020-2023 e do Plano Nacional de Saúde. O nome da Conferência faz referência à 8ª CNS, realizada em 1986, considerada histórica para a democracia e para o SUS. As propostas da Reforma Sanitária debatidas na 8ª CNS originaram relatório que serviu de base para a elaboração do capítulo sobre saúde da Constituição Federal de 1988, resultando na criação do SUS.

Os conselhos de saúde são espaços destinados à participação da população na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde. Inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, suas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. A Resolução CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017, aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2017.a).

As três esferas de governo devem proporcionar condições para o pleno funcionamento do Conselho:

- Autonomia administrativa.
- Dotação orçamentária.
- Autonomia financeira.
- Infraestrutura necessária.
- Apoio técnico.

Além disso, a composição dos Conselhos deve ser paritária, ou seja: o governo; os prestadores de serviço e profissionais de saúde; e os usuários são representados em pé de igualdade:



O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) têm representação no Conselho Nacional de Saúde.

2

Tranferências de recursos financeiros

Essa lei definiu, também, os pré-requisitos legais para a transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os estados, Distrito Federal e municípios:

- Fundo de Saúde.
- Conselho de Saúde.
- Plano de Saúde.
- Relatórios de Gestão.
- Investir Recursos Próprios.
- Comissão de Elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), com prazo de 02 (dois) anos para sua implantação.

ORGANIZAÇÃO DO SUS

Todo profissional e gestor de saúde deve conhecer os princípios organizativos do SUS e incentivar as mudanças necessárias, para que se efetivem as políticas de saúde, e oferecer atendimento com qualidade aos cidadãos, em tempo hábil.

São princípios organizativos do SUS:

Hierarquização e regionalização:

Os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, em determinada área geográfica, planejados a partir do perfil epidemiológico da população atendida.

Descentralização com comando único:

Atribui poder e responsabilidade aos três níveis de governo, onde cada esfera é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais.

Participação da sociedade:

Deve ser estimulada com a criação dos Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com a finalidade de formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

A direção do SUS é única, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos, ou equivalentes: na União, pelo Ministério da Saúde (MS); nos estados, Distrito Federal e municípios, por suas respectivas secretarias de saúde.

Além de serem parceiros na aplicação de políticas nacionais de saúde todos os entes da Federação formulam suas próprias políticas de saúde e são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seus territórios. Eles coordenam e planejam o SUS em nível estadual e municipal, respectivamente, respeitando a normatização federal.

Todas as políticas do SUS devem ser negociadas e pactuadas em cada esfera de governo: no âmbito federal, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – composta por representantes do MS, das secretarias municipais de Saúde e das secretarias estaduais de saúde; no âmbito estadual, pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – composta por representantes das secretarias estadual e municipais de saúde – e deliberadas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES); e, no âmbito municipal, pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).



NÍVEIS DE ATENÇÃO

O sistema público de saúde no Brasil encontra-se organizado em três níveis de atenção:

A **atenção primária** diz respeito às necessidades básicas em saúde e, apesar de requerer menor densidade tecnológica, talvez seja o nível de atenção mais complexa, pois deve ser organizada por cada município, usando como estratégia o Programa de Saúde da Família (PSF), com foco na educação, visando à prevenção e à promoção da saúde. A atenção primária é constituída pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF), pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelos Hospitais de Pequeno Porte (HPP).

A **atenção secundária** ou de média complexidade, onde se encontram os ambulatórios de especialidades, como as Policlínicas, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Hospitais Secundários, compreende os serviços especializados de apoio, diagnóstico e terapêutico, e incluem os atendimentos de urgência e emergência, organizados em todo o Estado.

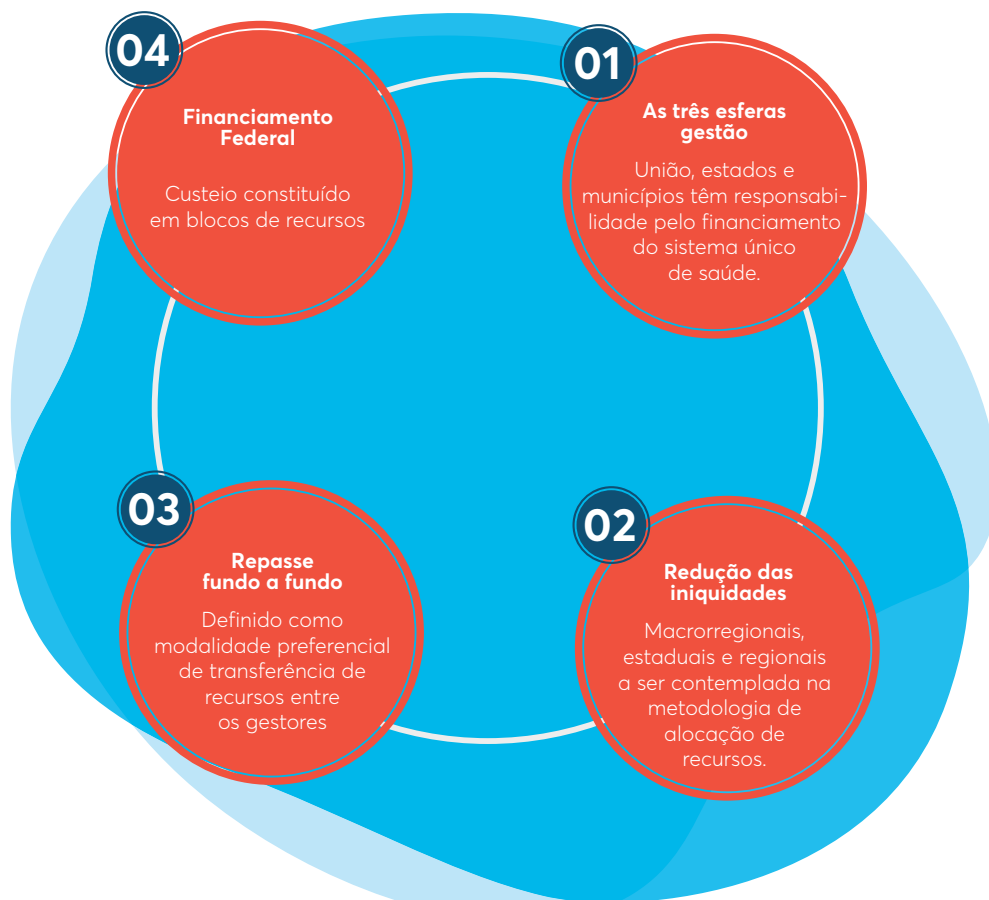
A **atenção terciária** ou de alta complexidade, que compreende os Hospitais Terciários e incluem procedimentos que requerem altos custo e tecnologia.

Na prática, as UBS, popularmente conhecidas como postos de saúde, de responsabilidade dos municípios, são a porta de entrada preferencial do SUS e devem atender até 80% dos problemas de saúde da população, mas há sempre os casos mais complexos que são direcionados para a média ou alta complexidade. E, apenas nos casos de urgência e emergência, procuram-se os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). (Programa Mais Médicos, PMM, 2019).

FINANCIAMENTO DO SUS

A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, são direitos de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida. Contudo, um governo sozinho não consegue ofertar todos os serviços necessários à população (médicos, dentistas, remédios, ambulatórios e hospitais), porque os custos são altos e dependem de grandes investimentos financeiros. Por isso a União, estados, Distrito Federal e municípios devem financiar o SUS de forma solidária, aplicando os recursos financeiros de forma a compensar as discrepâncias regionais.

Diretrizes para o financiamento do SUS:

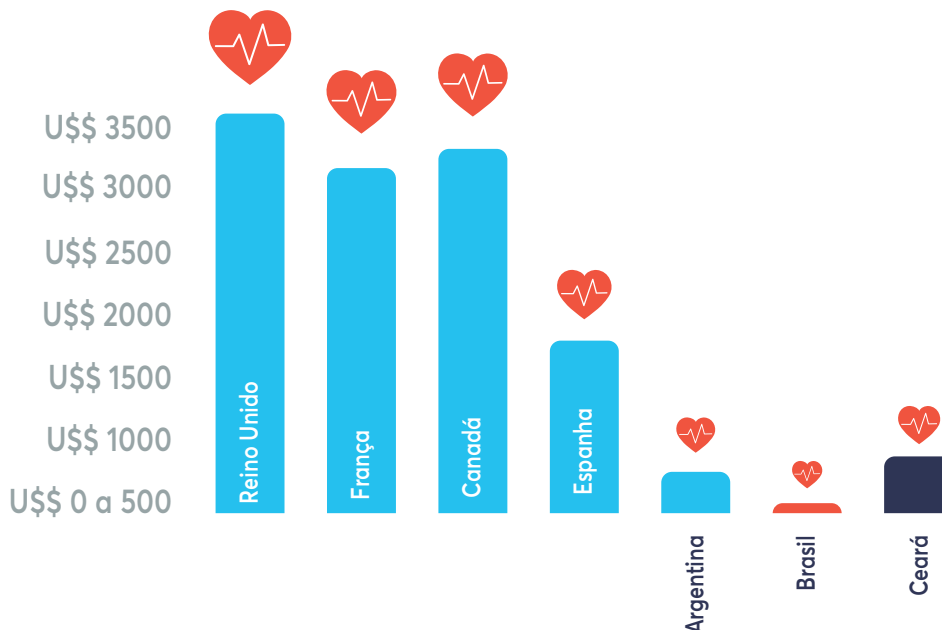


Os percentuais de investimento financeiro no SUS são definidos, atualmente, pela Lei Complementar nº 141/2012, que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados, anualmente, pelos estados, Distrito Federal e municípios. Por esta lei, estados e Distrito Federal devem investir, minimamente, 12% (doze por cento) e os municípios, 15% (quinze por cento), do total arrecadado com impostos (BRASIL, 2012). No caso da União, com a Emenda Constitucional nº 86/2015, o investimento não pode ser inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro (BRASIL, 2015).

GASTO PER CAPITA COM SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO:

Apesar das diferenças metodológicas, segundo dados mais recentes da OMS, com base no orçamento de 2015, o gasto público por habitante em saúde no Brasil alcançou U\$ 334 por habitante. No Reino Unido, comumente citado como exemplo de modelo universal a ser seguido, o investimento público foi 10 (dez) vezes maior que o valor aplicado aqui: U\$ 3.500. Em outros países de sistema universal de saúde, como a França U\$ 3.178; o Canadá U\$ 3.315; na Espanha U\$ 1.672; e na Argentina U\$ 713, todos aplicam mais que o Brasil. O Ceará gasta em média R\$ 888,71 por habitante em saúde.

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde no Brasil e no mundo, em dólares:



De forma geral, os percentuais destinados pela União, estados e prefeituras às despesas com ações e serviços no âmbito do SUS são insuficientes para atender a demanda e, mesmo somados, ficam bem abaixo do que é praticado em outros países com modelos assistenciais semelhantes ao SUS (CFM, 2018.b).

GASTO PER CAPITA NO BRASIL POR ESFERA DE GOVERNO:

De acordo com os dados do MS, nos últimos dez anos, a União foi quem mais aplicou recursos em termos absolutos. Já os municípios aplicaram valor maior que os estados, tanto em termos absolutos como relativos. Vale ressaltar que os municípios têm, ao longo dos últimos anos, investido percentual bem superior ao mínimo obrigatório.

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde no Brasil (2008 - 2017), em reais:

Ano	Federal	Estadual	Municipal	Total/Ano	Total/Dia
2008	440,25	268,18	297,73	1.006,15	2,76
2009	497,60	265,86	299,05	1.062,51	2,91
2010	493,41	287,29	324,37	1.105,07	3,03
2011	548,00	302,64	353,91	1.204,55	3,30
2012	570,74	308,26	376,73	1.255,73	3,44
2013	538,76	324,52	394,09	1.257,36	3,44
2014	555,85	331,63	413,38	1.300,86	3,56
2015	550,50	317,11	403,12	1.270,72	3,48
2016	533,27	304,20	399,84	1.237,31	3,39
2017	552,35	315,93	403,37	1.271,65	3,48

Fonte: SIOP/SIOPS/MS. Valores corrigidos pelo IPCA. Elaboração: CFM

Reclamação recorrente por parte dos gestores, o subfinanciamento da saúde no Brasil, voltou ao debate, pois, a partir de 2018, com a Emenda Constitucional nº 95 que aprovou o Projeto de Emenda Constitucional (PEC), a 'PEC do teto dos gastos públicos', os gastos federais só podem aumentar de acordo com a inflação acumulada, conforme o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), o índice oficial do País para medição da inflação (BRASIL, 2016). Além do subfinanciamento, outro ponto que se destaca é a má gestão dos recursos orçamentários disponíveis. Entre 2003 e 2017, o Ministério da Saúde deixou de aplicar quase R\$ 174 bilhões do que havia previsto (CFM 2018.a).

Em 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou a agenda "30 anos de SUS – Que SUS para 2030?", cujo relatório faz um resumo dos conhecimentos e experiências acumulados no SUS, com o intuito de contribuir para que o Brasil alcance as metas da Agenda 2030 das Organizações da Nações Unidas (ONU) em um desenvolvimento sustentável. O relatório destaca, também, a importância da expansão e consolidação de uma atenção primária forte, o que permite o alcance de melhores resultados, menores custos e maior qualidade de atendimento quando comparado a outros modelos (OPAS, 2018).



UNIDADE ORÇAMENTÁRIA

O Fundo de Saúde é a unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, e a transferência desses recursos entre as esferas de governo se dá Fundo a Fundo. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) vinculado ao MS repassa recursos da União para os estados, Distrito Federal e municípios, por meio do Fundo Estadual de Saúde (Fundes) que repassa aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) recursos do FNS e do Fundes. Lembrando que, estados, Distrito Federal e municípios, também, devem aplicar recursos próprios.

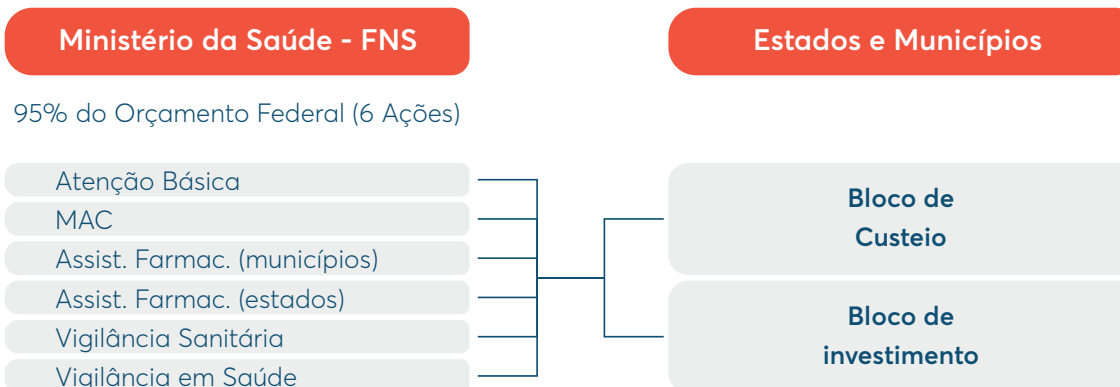
O repasse dos recursos do FNS para estados e municípios era realizado, desde o Pacto pela Saúde (2006), por meio de seis blocos de financiamento.

A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – a Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto (BRASIL, 2006).

Com o propósito de unificar os recursos e fortalecer a execução das ações em saúde em todo o país, a partir de janeiro de 2018, com a Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2018.a), o MS passou a adotar novo formato de transferência de verbas federais. Agora, os repasses para a Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS são feitos em apenas dois blocos: o Bloco de Custeio, com recursos destinados à manutenção das ações e serviços públicos de saúde já implantados e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis; e o Bloco de Investimento, com recursos destinados à estruturação e à ampliação das ações e serviços públicos de saúde (ver diagrama na próxima página).

A expectativa do MS é de que a unificação dos blocos de custeio minimize o excesso de saldos em contas, e que os recursos repassados, efetivamente, transformem-se em ações e serviços de saúde à população. Ainda, segundo o MS, ficaram parados R\$ 5,7 bilhões nos Fundos Estaduais e Municipais, em 2016, e em 2017, cerca de R\$ 7 bilhões (MS, 2019).

Diagrama mostrando formato de transferência de verbas federais do MS a partir de 2018:



Fonte: Brasil 2018.a.

Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, Fundo a Fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento e devem ser aplicados ao próprio bloco.

Sobre o repasse dos recursos federais, o Acórdão nº 847, de 04 de maio de 2019, do Tribunal de Contas da União (TCU) recomenda ao MS, que "articule junto à Secretaria do Tesouro Nacional a criação de mecanismos de controle, que permitam rastrear a compensação dos recursos que não tenham sido aplicados nos seus respectivos programas de trabalho, definidos no Orçamento Geral da União". Ainda, solicita que se "altere a nomenclatura dos blocos de financiamento, de forma a evitar que os termos 'custeio' e 'investimento' sejam confundidos com termos agregadores de categorias econômicas da receita e da despesa (correntes e de capital)". E, por fim, que o MS "atualize a sistemática dos grupos relacionados ao nível de atenção ou área de atuação constante dos incisos I e II do Artigo 1.150 da Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2018.a), de modo que exista identidade de nomes entre os grupos que compõem cada bloco, da seguinte forma:

I - Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

Atenção Básica

Atenção de Média e Alta Complexidade
Ambulatorial e Hospitalar

Assistência Farmacêutica

Vigilância em Saúde

Gestão do SUS

II - Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde:

Atenção Básica

Atenção Especializada

Vigilância em Saúde

Gestão e desenvolvimento de
tecnologias em Saúde no SUS

Gestão do SUS

Fonte: Brasil 2018.a.

De fato, diferenciar gastos, despesas, custeio e investimentos não é uma tarefa fácil. De forma sucinta, pode-se dizer que os gastos públicos são todas as saídas de dinheiro de um órgão público, e podem ser divididos em despesas de custeio e de investimento. As despesas de custeio estão relacionados aos gastos com a manutenção da prestação das ações e serviço como, por exemplo, a compra de insumos, a contratação de serviços, o pagamento dos salários, dentre outros, também denominadas despesas correntes. Já as despesas de investimentos ou despesas de capital visam a ampliar a oferta dessas ações e serviços, como por exemplo, despesas com obras, instalações e aquisições de equipamentos, desapropriações, aquisições de imóveis, aumento de capital de empresas públicas, em ações que ofereçam produtos ou serviços à sociedade, por exemplo a construção de estradas, hospitais e escolas (SEPLAG-CE, 2018).

PLANEJAMENTO

Todos os gastos públicos, inclusive os da saúde, devem ser previamente planejados, estabelecendo com clareza as prioridades da gestão, de forma transparente e eficiente, utilizando-se de três instrumentos, que se iniciam como projeto de lei elaborado pelo Poder Executivo e entregues ao Poder Legislativo para discussão, aprovação e conversão nas seguintes Leis:

PLANO PLURIANUAL (PPA):

Estabelece as diretrizes, objetivos e metas de médio prazo da administração pública, a serem implementadas de forma regionalizada, é uma lei quadrienal, com vigência a partir do segundo ano do mandato do Executivo até o final do primeiro ano do mandato seguinte. O projeto deve ser enviado ao Poder Legislativo até 31 de agosto e devolvido ao Poder Executivo ao final da sessão legislativa (até 22 de dezembro). Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um ano de exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no PPA, ou sem lei que autorize sua inclusão.

DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO):

Elenca as políticas públicas e respectivas prioridades para o ano seguinte, avalia a execução do que fora planejado no PPA, e sugere, se for o caso, formas de melhor aplicar os recursos públicos, funcionando como um elo entre o PPA e a LOA. O projeto deve ser enviado ao Poder Legislativo até 15 de abril e devolvido ao Poder Executivo, ao final do primeiro período da sessão legislativa, até 17 de julho.

ORÇAMENTO ANUAL (LOA):

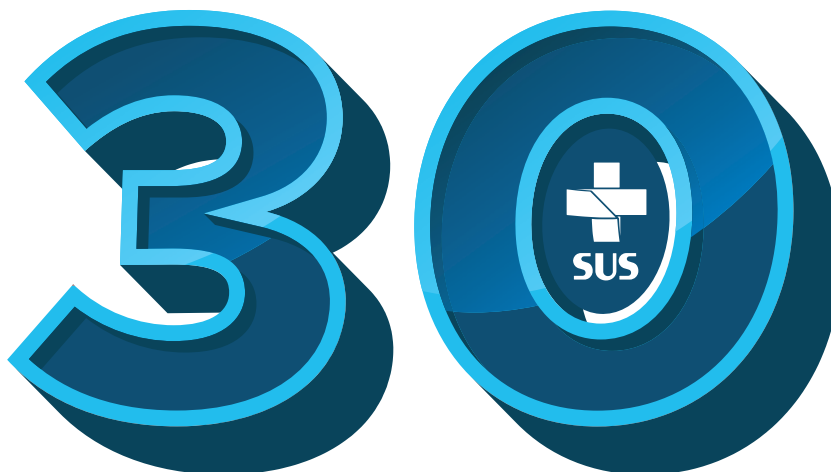
Estima a receita e fixa a programação das despesas para o exercício financeiro, nada poderá ser executado, nem incluído na LOA se, anteriormente, não estiver estabelecido no PPA. O projeto deve ser enviado ao Poder Legislativo até 31 de agosto e ser devolvido ao Poder Executivo, ao final da sessão legislativa, até 22 de dezembro.

A Lei Complementar 101/2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), integra esses três instrumentos de planejamento, indispensáveis à Administração Pública, a fim de controlar os gastos da União, estados, Distrito Federal e municípios, condicionando-os à capacidade de arrecadação de tributos desses entes e evitar disparidades entre planejamento e execução do orçamento, receita e despesas (BRASIL, 2000).

30 ANOS DE SUS

A criação do SUS é, indiscutivelmente, um marco da democracia. Antes dele, apenas pessoas com vínculo formal de emprego ou vinculadas à previdência social poderiam dispor dos serviços públicos de saúde. E mesmo após trinta anos, enfrentando problemas financeiros, políticos e administrativos, o SUS continua avançando e melhorando sensivelmente os indicadores de saúde.

Nesse contexto de crescente insegurança e incerteza econômica, faz-se o relato da experiência dos Consórcios Públicos em Saúde implantados no estado do Ceará - um projeto grandioso com foco no direito humano à saúde e na prática dos princípios doutrinários e organizativos do SUS.



NOVA REDE

ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO CEARÁ

Apesar de todos os avanços da saúde no Brasil, sabe-se das dificuldades na prestação de serviços e na efetividade das ações que comprometem a execução prática dos princípios do SUS. As desigualdades sociais e regionais despontam como principais entraves para o alcance das metas de integralidade da atenção e da assistência à saúde no Brasil, especialmente, quando se trata de saúde especializada, assistência que demanda recursos de média e alta complexidade, com altos custo e tecnologia, e a necessidade de profissionais especializados.

No estado do Ceará, até 2007, as atenções secundária e terciária estavam concentradas em Fortaleza, que, além de não atender toda a população, gerava alto custo do deslocamento do interior para a capital, dificultando o acesso da população aos serviços de saúde e gerando acúmulo de demandas, em virtude do vazio assistencial no interior do estado.

Pensando nisso, o governo do estado do Ceará projetou, naquele ano, por meio da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE), a construção de uma nova rede de saúde com Hospitais-pólo, UPAs, Policlínicas, CEO e SAMU, contemplando as Regiões de Saúde do Estado.

A palavra de ordem era REGIONALIZAR a atenção em saúde!



NOVA REDE

3

Hospitais Regionais

30

UPAs

21

Policlínicas

25

CEOs

129

SAMUs

REGIÕES DE SAÚDE

Segundo o Pacto pela Saúde (2006), as regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em 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.

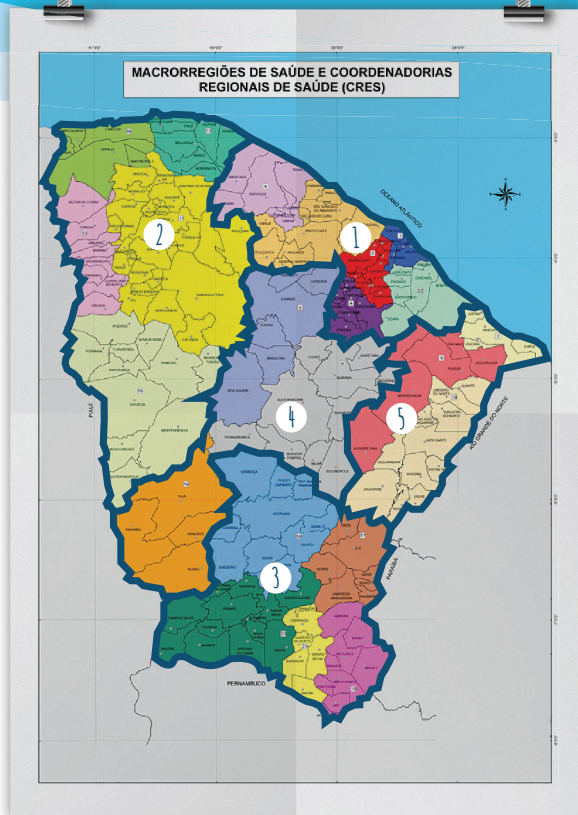
A Região de Saúde deve organizar a rede de ações e serviços de saúde, a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado. Sua organização deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social. Por isso, para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos.

No Ceará, a regionalização da saúde foi registrada em 2006, no Plano Diretor de Regionalização (PDR), elaborado em cumprimento às exigências da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001. (BRASIL, 2001).

Esse plano já sofreu algumas modificações, e, atualmente, a regionalização está representada por 22 regiões e cinco macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/-Jaguaribe e Cariri), onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde, conforme estabelecido no Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. As microrregiões de saúde guiam a formação das redes na atenção secundária, ações e serviços de média complexidade e as macrorregiões, formadas pelo conjunto de microrregiões, orientam a organização da atenção terciária (ver mapa na próxima página).

MACRORREGIÕES

- 1 Fortaleza
- 2 Sobral
- 3 Cariri
- 4 Sertão Central
- 5 Litoral Leste/Jaguaribe



COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE (CRES)

- 1º CRES | Fortaleza
- 2º CRES | Caucaia
- 3º CRES | Maracanaú
- 4º CRES | Baturité
- 5º CRES | Canindé
- 6º CRES | Itapipoca
- 7º CRES | Aracati
- 8º CRES | Quixadá
- 9º CRES | Russas
- 10º CRES | Limoeiro do Norte
- 11º CRES | Sobral
- 12º CRES | Acaraú
- 13º CRES | Tinguá
- 14º CRES | Tauá
- 15º CRES | Crateús
- 16º CRES | Camocim
- 17º CRES | Icó
- 18º CRES | Iguatu
- 19º CRES | Brejo Santo
- 20º CRES | Crato
- 21º CRES | Juazeiro do Norte
- 22º CRES | Cascavel

Fonte: Ipece - Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, 2007.

Cada região de saúde tem um órgão de representação da SESA-CE, denominada Coordenadoria Regional de Saúde – CREs, com exceção da região de Cascavel, criada pela Resolução n.º 10/2005 do Conselho Estadual de Saúde do Ceará (Cesau), que permaneceu técnico-administrativamente sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional de Fortaleza.

Ainda, cada região tem uma Comissão Intergestores Regional (CIR), espaço de negociação e pactuação das ações e serviços de saúde no âmbito da região. A CIR é constituída por representantes da SESA-CE (o coordenador da regional e seus assessores), e por todos os secretários municipais de saúde da região.

PROEXMAES

Para a execução do projeto de expansão da rede, o governo do Estado, além de se utilizar de recursos próprios (tesouro estadual), decidiu contratar junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) operação de crédito destinada ao financiamento do Programa de Expansão e Melhoria da Atenção Especializada à Saúde do Estado do Ceará (Proexmaes), autorizada pela Lei nº 14.239, de 11 de novembro de 2008 (CEARÁ, 2008), aprovando o Regulamento Operativo que estabelece a organização, procedimentos, termos e condições a serem observadas na execução do programa, publicando-o e seus anexos no endereço da internet www.saude.ce.gov.br (SESA, 2019), por meio da Portaria nº 6.493, de 25 de novembro de 2009 (CEARÁ, 2009). O objetivo maior do Proexmaes era contribuir para melhorar as condições de saúde da população do Ceará, mediante a expansão do acesso e a melhoria da qualidade dos serviços especializados de saúde, promovendo a integração entre os distintos níveis de atenção. O que mais tarde fez o BID reconhecê-lo como um *case* de sucesso. Para os gestores da instituição financeira, o Ceará colocou em prática tudo aquilo que o SUS preconiza de descentralização e regionalização de redes, de hierarquização dos serviços, de estabelecer competências para as esferas de governo e de constituição lógica de redes, em parceria com os municípios.

Para viabilizar a execução do projeto, os municípios doaram os terrenos onde seriam construídos os equipamentos e informaram suas necessidades e demandas, a partir do perfil epidemiológico da população das regionais de saúde, por meio das CREs. Mais tarde, os municípios arcarão com recursos de cofinanciamento para manutenção e operação das unidades, juntamente ao governo estadual, e a União, apenas para os CEOs.

A execução do Proexmaes ficou sob a responsabilidade da Unidade de Gerenciamento do Programa (UGP), unidade criada dentro da SESA, auxiliada por outras secretarias e órgãos do governo do estado do Ceará, para exercer a gestão técnica, administrativa e financeira, nos aspectos de planejamento, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação do programa, assegurando o cumprimento fiel das atividades programadas.

A primeira fase do Proexmaes, implantada entre 2007 e 2016, contou com três componentes:

1

Expansão dos serviços especializados em saúde, contou com recurso na ordem de US\$ 105,9 milhões de dólares para a construção de 39 novas unidades de saúde de média e alta complexidades, equipadas e mobiliadas, sob responsabilidade do Departamento de Estradas e Rodagens do Ceará (DER), vinculado à Secretaria de Infraestrutura do Estado do Ceará (SEINFRA-CE).

2

Fortalecimento Institucional da Gestão e dos Serviços da SESA-CE, com recursos de US\$ 17,5 milhões de dólares aplicados na capacitação de gestores da própria secretaria e das unidades, em convênio firmado entre SESA-CE e Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) e na acreditação das unidades.

3

Administração do Programa, com investimento de US\$ 7,7 milhões de dólares, com o intuito de apoiar a execução do programa, utilizados para a contratação de auditorias externas e consultorias, e o acompanhamento e supervisão independente das obras.

CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS (CEOs)

Atualmente, são 21 CEOs regionais. Destes, 15 foram construídos e equipados pelo governo estadual. As outras seis unidades já existiam, originalmente, como CEOs municipais, mais tarde sendo incorporadas à gestão por Consórcios, passando à categoria de CEOs regionais. Todos os CEOs construídos pelo Estado são do Tipo III, segundo classificação do MS.

A construção dos 15 novos CEOs foi totalmente padronizada sob o aspecto estrutural. E a maioria dessas unidades foi construída próxima, ou, em anexo às policlínicas, de forma que uma unidade poderia utilizar-se da outra de forma conjunta. Mas, em algumas regionais, isso não foi possível. O CEO Regional de Cascavel, por exemplo, por questões políticas, foi construído em Cascavel, município-pólo, mas a policlínica foi construída em Pacajus.

Sendo assim, o Consórcio Público de Saúde da Região de Cascavel (CPSRCAS), atento à essa demanda, conseguiu aprovar a reforma estrutural deste CEO em Assembleia Geral em 2016. De forma que, o CEO Regional de Cascavel foi reestruturado, em tempo hábil, sem comprometer os atendimentos clínicos, e passou a contar com sala de reuniões, copa climatizada, almoxarifado compatível com sua necessidade, gerador, além de outras adequações.

Perfil da Unidade

Nível de Atenção:

Secundária

Tipo:

Serviço Ambulatorial Odontológico

Modelo de Gestão:

Consórcio Público

Classificação MS:

Tipo III - 11 Consultórios

Atendimento Eletivo Regulado

Serviços

Diagnóstico do câncer de boca
Biópsias/Punção
Laudo histopatológico
Aparelhos ortodônticos fixos
Aparelhos ortopédicos removíveis
Laudos radiográficos
Tratamento e retratamento endodôntico
Cirurgias periodontais
Avaliação de dor orofacial
Prótese oclusal total
Prótese oclusal parcial
Placa oclusal

06 Especialidades Odontológicas

Cirurgia bucomaxilofacial
Endodontia
Ortodontia
Pacientes com Necessidades
Especiais (PNE)
Periodontia
Prótese

Serviço Técnico

Laboratório Regional
de Prótese Dentária (LRPD)

Exames radiográficos digitais

CEO Regional Tipo III

CEO Cascavel

CEO Maracanaú

CEO Juazeiro

CEO Ubajara

CEO Sobral

CEO Limoeiro

CEO Caucaia

CEO Itapipoca

CEO Brejo Santo

CEO Quixeramobim

CEO Iguatu

CEO Camocim

CEO São Gonçalo

CEO Icó

CEO Crateús

CEO Baturité

CEO Russas

CEO Acaraú

CEO Tauá

CEO Aracati

CEO Crato

Inauguração

01/04/2013

19/12/2013

21/12/2009

08/10/2009

27/09/2010

26/05/2012

01/09/2012

25/05/2012

24/06/2011

04/11/2013

01/06/2014

30/06/2012

15/10/2012

01/11/2013

04/11/2011

08/04/2010

23/03/2010

25/05/2010

01/08/2010

03/08/2015

28/07/2008

Investimento

\$ BID

\$ BID

\$ próprios

\$ próprios

incorporado

\$ BID

\$ BID

\$ BID

\$ BID

\$ BID

incorporado

\$ BID

incorporado

\$ BID

\$ BID

\$ próprios

\$ próprios

\$ próprios

incorporado

incorporado

incorporado

Custeio mensal, em média: R\$ 227.000,00 (duzentos e vinte e sete mil reais)

Rateio mensal, em média: 40% - governo do Estado/24% - governo Federal/36% - municípios

Valor investido, em média: R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais)

POLICLÍNICAS

Das 21 policlínicas regionais previstas, 12 são policlínicas Tipo I e nove, policlínicas Tipo II, segundo classificação do MS. Atualmente, têm-se 19 construídas e equipadas, inauguradas e em pleno funcionamento, mas restam duas policlínicas, cujas obras ainda não foram concluídas.

Segundo dados do Portal da Transparência do governo do Ceará, a obra da Policlínica Regional de Canindé teve início em 1 de setembro de 2009 (CEARÁ, 2019.b), e a obra da Policlínica Regional de Maracanaú teve início em 30 de agosto de 2010 (CEARÁ, 2019.a), contudo, até os dias atuais essas unidades ainda não foram inauguradas.

Existem algumas diferenças entre as policlínicas regionais, uma delas diz respeito à disponibilidade de tomógrafo nas policlínicas Tipo II. Entretanto, em 2015, a partir de estudos realizados pela CRES e após sucessivas discussões sobre a necessidade desse equipamento na Região de Cascavel, tanto em CIR como em Assembleia, foi aprovada a aquisição deste equipamento. Mais uma vez, o CPSMCAS mostrou-se sensível às demandas da população e dos gestores e equiparou o parque tecnológico da Policlínica Regional de Pacajus ao Tipo II.

POLICLÍNICA TIPO I

Poli Regional	Tipo	Inauguração	Investimento
Poli Itapipoca	I	25/05/2012	\$ próprios
Poli Brejo Santo	I	29/06/2012	\$ próprios
Poli Russas	I	02/12/2013	\$ próprios
Poli Tauá	I	24/09/2010	\$ próprios
Poli Baturité	I	28/09/2010	\$ próprios
Poli Camocim	I	29/09/2010	\$ próprios
Poli Pacajus	I	11/08/2011	\$ próprios
Poli Acaraú	I	10/05/2013	\$ próprios
Poli Campos Sales	I	17/05/2013	\$ próprios
Poli Aracati	I	04/08/2012	\$ próprios
Poli Icó	I	01/11/2013	\$ próprios
Poli Canindé	I	não concluída	\$ próprios

Perfil da unidade

Nível de Atenção:

Secundária

Tipo:

Serviço Ambulatorial Médico

Modelo de Gestão:

Consórcio Público

Classificação MS:

Tipo I - 08 Consultórios

Atendimento Eletivo Regulado

10 Especialidades médicas

Cardiologia

Clínica geral

Cirurgia geral

Gastroenterologia

Ginecologia

Mastologia

Otorrinolaringologia

Oftalmologia

Traumato-ortopedia

Urologia

Serviços Técnicos Especializados

Assistência Social

Enfermagem

Farmácia Clínica

Fisioterapia

Fonoaudiologia

Nutrição

Psicologia

Serviço Social

Terapia Ocupacional

Exames Especializados

Exames Audiológicos

Biópsia/Punção

Colposcopia

Ecocardiograma

Eletroencefalograma

Endoscopia Digestiva

Mamografia

Raio X

Ultrassonografia

Outros Serviços

Posto de Coleta

Sala de Gesso

Sala do Pé Diabético

Sala de Procedimentos Invasivos

Leitos de Observação

Custeio mensal, em média: R\$ 545.000,00 (quinhentos e quarenta e cinco mil reais)

Rateio mensal, em média: 40% - governo do Estado / 60% - municípios

Valor investido, em média: R\$ 8.000.000,00 (oito milhões de reais)

POLICLÍNICA TIPO II

Poli Regional	Tipo	Inauguração	Investimento
Poli Caucaia	II	26/11/2013	\$ BID
Poli Tianguá	II	06/12/2013	\$ BID
Poli Iguatu	II	12/12/2013	\$ BID
Poli Quixadá	II	04/11/2013	\$ BID
Poli Sobral	II	04/07/2012	\$ BID
Poli Limoeiro	II	03/04/2014	\$ BID
Poli Crateús	II	13/03/2014	\$ BID
Poli Barbalha	II	17/12/2013	\$ BID
Poli Maracanaú	II	não concluída	\$ BID

Perfil da Unidade

Nível de Atenção:

Secundária

Tipo:

Serviço Ambulatorial Médico

Modelo de Gestão:

Consórcio Público

Classificação MS:

Tipo II - 10 Consultórios*

Atendimento Eletivo Regulado

13 Especialidades Médicas

angiologia (*)
 cardiologia
 clínica geral
 cirurgia geral
 endocrinologia (*)
 gastroenterologia
 ginecologia
 mastologia
 neurologia (*)
 otorrinolaringologia
 oftalmologia
 urologia
 traumatologia-ortopedia

* o que diferencia da Tipo I

Serviços Técnicos Especializados

Assistência Social
Enfermagem
Farmácia Clínica
Fisioterapia
Fonoaudiologia
Nutrição
Psicologia
Serviço Social
Terapia Ocupacional

Exames Especializados

Exames Audiológicos
Biópsia/Punção
Colposcopia
Ecocardiograma
Eletroencefalograma
Endoscopia Digestiva
Mamografia
Raio X
Tomografia Computadorizada (c/ e s/ contraste)*
Ultrassonografia

Outros Serviços

Posto de Coleta
Sala de Gesso
Sala do Pé Diabético
Sala de Procedimentos Invasivos
Leitos de Observação

Custeio mensal, em média: R\$ 624.000,00 (seiscentos e vinte e quatro mil reais)

Rateio mensal, em média: 40% - governo do Estado / 60% - municípios

Valor investido, em média: R\$ 10.000.000,00 (dez milhões de reais)

* o que diferencia da Tipo I



CEO



POLICLÍNICA TIPO II



POLICLÍNICA TIPO I

ACESSO E INTEGRAÇÃO

Todo atendimento na atenção especializada deve ser referenciado. O sistema de referência e contrarreferência constitui-se na articulação entre os níveis de atenção em saúde, sendo a referência o trânsito do cidadão entre os níveis de menor para o de maior complexidade, enquanto a contrarreferência compreende o trânsito inverso, do nível de maior para o de menor complexidade.

O cidadão deve procurar uma UBS, o posto de saúde mais próximo da sua casa, e quando o procedimento (diagnóstico ou terapêutico) precisar de maior densidade tecnológica, ou de um especialista, o cidadão será encaminhado com o preenchimento de uma Ficha de Referência, e será orientado a procurar a Secretaria de Saúde ou, preferencialmente, a Central de Regulação do seu município, onde será realizada a marcação da consulta.

O acesso do paciente deve ser garantido nas unidades de referência, através de boleto de marcação, com dia, hora, local e profissional sem a peregrinação ao buscar atendimento, melhorando o fluxo e a qualidade do atendimento, reduzindo custos e tempo, facilitando a vida do cidadão.

No dia da consulta o cidadão deve comparecer à unidade, com a ficha de referência, um documento de identidade com foto, o seu cartão do SUS e o boleto de marcação. Para menores de idade é necessário apresentar a certidão de nascimento e estarem acompanhados de, pelo menos, um responsável legal.

Ao concluir o atendimento, a Ficha de Referência será preenchida, indicando os procedimentos realizados nos CEOs e policlínicas, o cidadão será contrarreferenciado de volta ao seu município, e a evolução do tratamento será acompanhada pela sua Equipe de Saúde ou em casos mais complexos, serão encaminhados, via regulação, para atendimento terciário.

Vale ressaltar que o conceito de acesso é amplo e inclui, dentre outros fatores: a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; o tempo e os meios utilizados para o deslocamento; as dificuldades enfrentadas para a obtenção do atendimento (filas e tempo de espera); a qualidade do tratamento recebido pelo usuário; a priorização de situações de risco, urgências e emergências; as respostas obtidas para demandas individuais e coletivas; e a possibilidade de agendamento prévio. Portanto, a qualidade do tratamento e a atenção recebida pelo usuário é fator facilitador do acesso aos serviços de saúde (RAMOS e LIMA, 2003).

TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO

Apesar da grande procura pelos serviços ofertados nas unidades, o índice de pacientes que falta às consultas (números de consultas agendadas x número de consultas confirmadas/número de consultas agendadas) x 100 em determinadas regiões de saúde ainda é muito alto e gera preocupação. Em algumas unidades, esse índice varia em torno de 30% ao mês.

Os motivos pelos quais os pacientes faltam são os mais diversos, seja por esquecimento, visto que, às vezes, entre o agendamento e a consulta pode demorar meses; ou porque já se sente melhor ou a dor passou; por estar com medo, preocupado ou ansioso com a "doença"; por não escolherem data/hora segundo sua conveniência; e até porque foi fácil marcar a consulta (TOREZANI, 2015). Somem-se a esses fatores a distância entre alguns municípios e o município-pólo da regional, onde, na maioria das vezes, encontram-se as unidades de saúde geridas pelos consórcios.

O fato é que, apesar da regionalização, o deslocamento parece, ainda, ser um obstáculo ao acesso da população, que necessita de transporte. No entanto, parece não haver preocupação dos gestores públicos, de forma geral, em empreender uma política de massificação e melhoria dos transportes dentro das regionais de saúde. Ao contrário, a política de municipalização dos transportes públicos, oficializada na Constituição de 1988, descentralizou as ações e deixou-as, apenas, sob a responsabilidade das prefeituras.

Esse entrave gerou, dentro do ambiente dos consórcios, a discussão sobre a necessidade do transporte sanitário eletivo, destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter não urgente e emergencial, nesse caso, do município de residência dos indivíduos até o município onde se encontram as unidades de saúde da média complexidade, CEOs e policlínicas.

A Resolução CIT nº 13/2017, estabelece as diretrizes técnicas para orientar a implantação do transporte sanitário eletivo, destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito do SUS. Segundo essa resolução, indivíduos em atendimento eletivo não requerem assistência médica dentro de reduzido espaço de tempo, não apresentam risco iminente de vida, nem necessidade de recursos assistenciais durante seu deslocamento. Portanto, esse transporte, pode ser realizado por veículos coletivos tipo micro-ônibus, vans ou embarcações, o que for mais viável, considerando-se as necessidades de cada região. Incentiva que seja organizado no âmbito das regiões de saúde, prevendo o transporte não só para o indivíduo com consulta previamente agendada, mas, também, para o acompanhante, em caso de crianças até 15 anos e idosos (maiores de sessenta anos) conforme previsto na legislação pertinente, admitindo a análise de outras situações e agravos que tenham indicação do acompanhamento (BRASIL, 2017.b)

Sobre o financiamento, devem ser debatidas, de forma regionalizada, juntamente aos Consórcios, as formas de cooperação e organização dos municípios beneficiados, com definição de papéis e responsabilidades dos atores envolvidos, definição de mecanismos, regras e formas de financiamento para os investimentos de capital e custeio, necessários para garantir a sustentabilidade do serviço.

Ainda, talvez, seja possível que os consórcios possam apresentar propostas para a aquisição de veículos, bem como para a gestão do recurso financeiro, observando as regras previstas nas portarias que regulamentam a aplicação das emendas parlamentares e autoriza a execução de transferência financeira Fundo a Fundo desses recursos, para aquisição de veículos destinados à implantação do transporte sanitário eletivo, e aquela que dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do MS, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do SUS, publicadas no ano de exercício.

GESTÃO POR CONSÓRCIOS

A administração dos órgãos públicos pode ser realizada por administração direta ou centralizada, quando estão subordinados, diretamente, às pessoas jurídicas políticas (União, estados, municípios e Distrito Federal) ou por entes criados pelo Estado com personalidade jurídica própria que formam a administração indireta ou descentralizada, como as autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista.

Para administrar especificamente os CEOs e as policlínicas regionais, o governo do Estado decidiu pela formação de consórcios públicos entre municípios e estado, obedecendo os princípios, diretrizes e normas que regulam o SUS. O que fez necessário criar, no âmbito da SESA, a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará, por meio da Portaria nº 2.061, de 08 de novembro de 2007, tendo, dentre outras competências, a tarefa de planejar o processo de implantação e efetivação de consórcios públicos de saúde no Estado (CEARÁ, 2008).



A formação de consórcios de saúde entre os municípios já havia sido prevista na Lei 8.142/1990. De fato, eles podem ser formados entre entes da mesma esfera, de forma horizontal, e entre esferas distintas, de forma vertical, mas a União só deve participar de consórcios com municípios, se o respectivo Estado também participar. Até então, não havia registros no Brasil de consórcios com essa forma vertical. Portanto, o caráter interfederativo foi o grande diferencial desse projeto.

Os consórcios públicos são disciplinados pela Lei Federal N° 11.107, de 6 de abril de 2005 (BRASIL, 2005) e regulamentado pelo Decreto Federal n° 6.017, de 17 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007).

Os consórcios públicos são versáteis e podem ser formados em prol da saúde, da educação, da segurança pública, do transporte público, do desenvolvimento sustentável, do gerenciamento de resíduos e em tantas outras áreas que se possa imaginar, desde que visem a beneficiar a qualidade do planejamento, das ações e da prestação dos serviços públicos, melhorando o alcance das políticas e o acesso da população.

Eles podem ter personalidade jurídica de direito público ou privado. Quando tiverem personalidade de direito público, constituem-se como Associação Pública e devem integrar a administração indireta de todos os entes consorciados. Nesse caso, terão todas as prerrogativas e privilégios próprios das pessoas jurídicas de direito público. E, mesmo que revestidos de personalidade jurídica de direito privado, observarão as normas de direito público no que concerne à realização de licitação, celebração de contratos, admissão de pessoal e prestação de contas.

Os consórcios públicos devem obedecer ao princípio da publicidade, tornando públicas as decisões de natureza orçamentária, financeira ou contratual, permitindo que qualquer pessoa tenha acesso às suas reuniões e aos documentos que produzir, salvo, os considerados sigilosos por lei.

A execução das receitas e das despesas do consórcio público obedecem às normas de direito financeiro aplicáveis às entidades públicas e estão sujeitas à fiscalização contábil, operacional e patrimonial do Tribunal de Contas de cada ente. Por isso, os consórcios devem fornecer informações financeiras necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados todas as receitas e despesas realizadas, de forma que possam ser contabilizadas de acordo com a classificação orçamentária (rubrica).

Os consórcios públicos em saúde implantados no estado do Ceará são associações públicas, de natureza autárquica e interfederativa, com personalidade jurídica de direito público, integrantes da administração indireta, com prazo indeterminado de duração. Portanto, devem obedecer a todos os princípios e normas da Administração Pública.

Essas associações podem ser desfeitas a qualquer tempo. Contudo, os entes consorciados devem assegurar o cumprimento das responsabilidades financeiras assumidas durante a vigência do Consórcio. Além disso, está legalmente prevista a inclusão e exclusão de entes consorciados, mostrando flexibilidade na sua composição.

O governo escolheu esse modelo de gestão por ser mais democrático, mostrando-se a melhor alternativa para o fortalecimento do processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde no Estado, garantindo autonomia administrativa e financeira, patrimônio e receita próprios, e a possibilidade de firmar convênios, contratos e acordos de qualquer natureza.

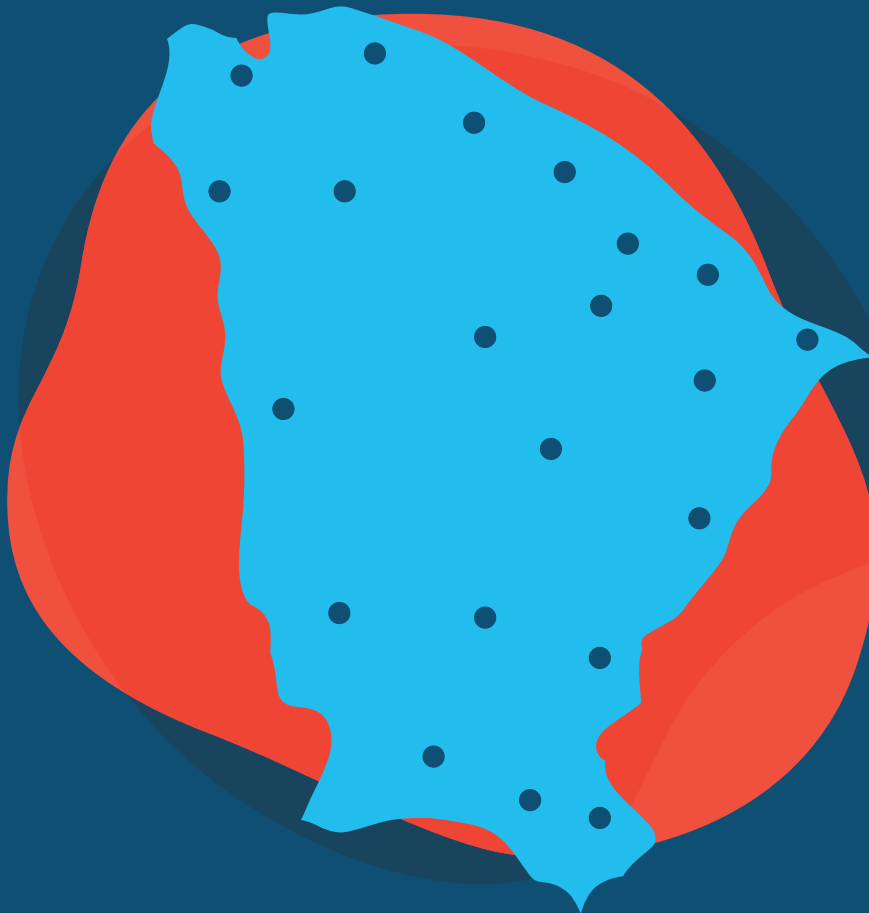
Foram, então criados por força de leis municipais e estaduais ao ratificar o protocolo de intenções firmado entre governo do estado do Ceará e os municípios integrantes das regiões de saúde do estado, entre setembro de 2009 e abril de 2010, 21 consórcios públicos de saúde no estado do Ceará:

LEIS ESTADUAIS DE CRIAÇÃO DOS CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

	Lei Estadual	Consórcios
2009	Lei nº 14.457, de 15 de setembro de 2009	Acaraú, Baturité, Crateús, Itapipoca, Tianguá e Vale do Curu (Caucaia)
	Lei nº 14.458, de 15 de setembro de 2009	Aracati, Brejo Santo, Crato, Juazeiro do Norte e Limoeiro do Norte
	Lei nº 14.459, de 15 de setembro de 2009	Canindé, Iguatu e Russas
	Lei nº 14.491, de 29 de outubro de 2009	Maracanaú
	Lei 14.534, de 21 de dezembro de 2009	Quixadá e Sobral
2010	Lei nº 14.622, de 26 de fevereiro de 2010	Cascavel
	Lei nº 14.627, de 26 de fevereiro de 2010	Icó
	Lei nº 14.628, de 26 de fevereiro de 2010	Tauá
	Lei nº 14.692, de 30 de abril de 2010	Camocim

Fonte: Diário Oficial do Estado do Ceará, DOE/CE

DISTRIBUIÇÃO DOS 21 CONSÓRCIOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ:



- Caucaia
- Maracanaú
- Baturité
- Canindé
- Itapipoca
- Aracati
- Quixadá
- Russas
- Limoeiro do Norte
- Sobral
- Acaraú
- Tianguá
- Tauá
- Crateús
- Camocim
- Icó
- Iguatu
- Brejo Santo
- Crato
- Juazeiro do Norte
- Cascavel

Fonte: Diário Oficial do Estado do Ceará, DOE/CE

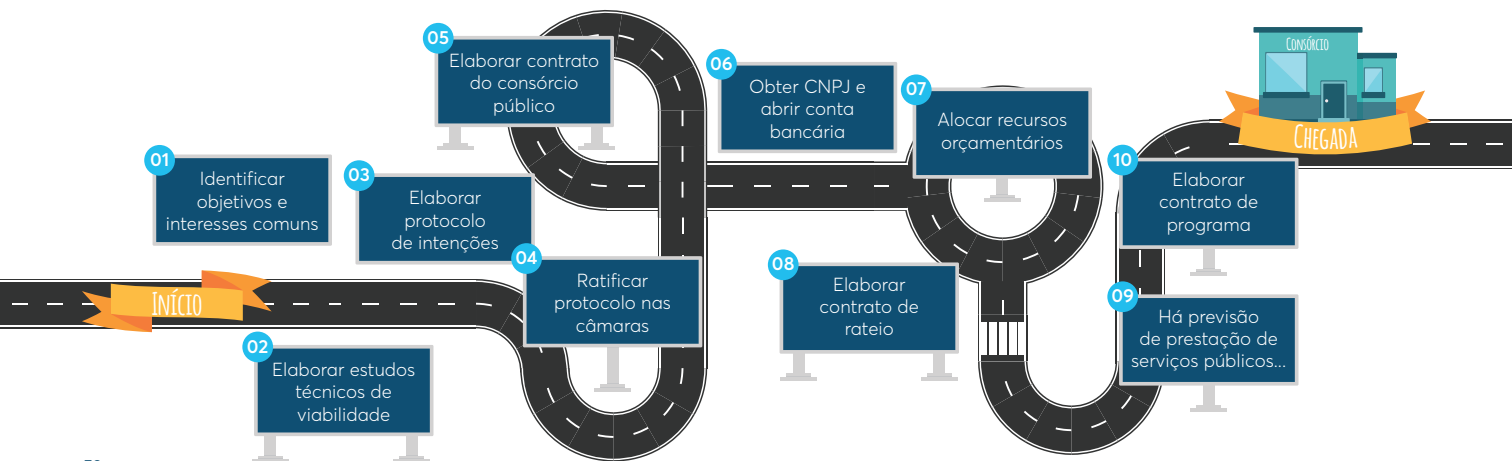
IMPLANTAÇÃO DOS CONSÓRCIOS

Para a implantação dos consórcios, foi preciso seguir uma sequência de etapas que se iniciou com a elaboração do Protocolo de Intenções - um dos principais documentos na constituição do Consórcio. Por meio dele, são estabelecidas condições para seu funcionamento. Foi necessário ratificá-lo no Poder Legislativo de cada ente consorciado, convertendo-o no contrato de constituição, ou na Lei do referido Consórcio publicada em Diário Oficial.

O protocolo de intenções estabelece, no mínimo, a denominação, a finalidade, a sede e o prazo de duração do Consórcio, admitindo-se a fixação de prazo indeterminado; a identificação dos entes que o compõem; e a indicação da área de atuação.

O Consórcio então, em Assembleia Geral, decidiu, aprovou e publicou, em Diário Oficial, seu Estatuto - que dispõe sobre a organização, a estrutura administrativa, os cargos, as funções, atribuições e competências, forma de eleição, de organização e demais regras para sua funcionalidade.

Depois, ficou mais prático e rápido, foi só escolher o local da sede administrativa do consórcio, preferencialmente, alocada nos municípios-pólo de cada região de saúde, registrar-se no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), e abrir conta corrente para receber os recursos e efetuar o pagamento de suas despesas.



ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DO CONSÓRCIO NO CEARÁ

O Estatuto prevê a estrutura e órgãos do Consórcio da seguinte forma (CEARÁ, 2010):

Assembleia Geral - composta por todos os municípios consorciados, representados pelos seus prefeitos de todos os entes integrantes do Consórcio, e pelo representante do Estado.

A Assembleia Geral é considerada a instância máxima do Consórcio e a realização da primeira assembleia constitui o seu início. No Ceará, essa assembleia se reúne, ordinariamente, a cada três meses para deliberar sobre todos os assuntos relativos à sua finalidade, objetivos e interesses, especialmente, a prestação de contas. Essas reuniões são, oficialmente, convocadas pela Diretoria Executiva, com dez dias de antecedência.

A Assembleia Geral Extraordinária é convocada pelo presidente do Consórcio, por iniciativa própria ou por solicitação de trinta por cento dos consorciados ativos do grupo, para deliberar sobre quaisquer outros assuntos não tratados em Assembleia Geral Ordinária, com antecedência mínima de 72 horas.



PRESIDENTE

É o representante legal do Consórcio, atividade sem remuneração, e deve ser eleito pela Assembleia Geral dentre os prefeitos dos municípios consorciados, por voto secreto, e maioria absoluta dos votos, para mandato de dois anos, com direito a apenas uma reeleição consecutiva.



DIRETORIA EXECUTIVA

Constituída por um secretário ou diretor executivo, um diretor administrativo-financeiro e um procurador autárquico; e recursos humanos – técnicos e pessoal administrativo.

Essa Diretoria é responsável pela gestão diária das atividades consorciais. Cabe ao diretor executivo o planejamento, a coordenação, o controle e a execução das rotinas administrativas, avaliando o desempenho de suas ações, auxiliando diretamente à presidência do Consórcio.

O diretor administrativo-financeiro trabalha em parceria com o diretor executivo realizando o planejamento dos investimentos e do orçamento anual, a gestão patrimonial, zelando por documentos e informações, e sendo responsável, também, pela gestão de pessoal e pelas publicações oficiais previstas pela legislação.

O procurador assessora, juridicamente, o presidente e a diretoria executiva, prezando pela legalidade dos atos administrativos do Consórcio, opinando, conclusivamente, sobre questões decorrentes da aplicação das leis e normas relativas ao serviço público, ressalvadas as competências da Procuradoria Geral do Estado e das procuradorias dos municípios consorciados.

O presidente do Consórcio, por conveniência, pode e tem delegado à diretoria executiva, o ordenamento das despesas, a assinatura de convênios, acordos ou contratos, a subscrição dos relatórios de gestão do Consórcio e a prestação de contas da gestão junto aos órgãos de controle.

É importante ressaltar que o Consórcio responde, diretamente, pelas ações e omissões que cometer em função de suas obrigações, observando-se o regime jurídico de direito público. Os entes consorciados respondem subsidiariamente pelas obrigações do consórcio público, e os dirigentes respondem, pessoalmente, pelas obrigações por eles contraídas, caso pratiquem atos em desconformidade com a lei, os estatutos ou decisão da Assembleia Geral.

Visando maior participação da sociedade e transparência na gestão dos consórcios está prevista, também, em sua organização, a criação do Conselho Fiscal, constituído por representantes indicados livremente por cada ente consorciado, sendo sua constituição apreciada e homologada pela Assembleia Geral; e, do Conselho Consultivo de Apoio à Gestão formado pelos secretários de saúde dos municípios consorciados e pelo coordenador regional da Cres, cujas atribuições, composição e funcionamento serão definidos em regimento interno. Esse conselho consultivo corresponde, na prática, a CIR - Comissão Intergestores Regional, que apresenta a mesma composição e finalidade.

CONTRATO DE PROGRAMA

O Contrato de Programa tem vigência anual e deve ser celebrado entre os contratantes (entes) e contratado (Consórcio) para cada unidade, CEOs e policlínica, gerida pelo Consórcio. Esses contratos, de forma geral:

1

Estabelecem o modo, forma e condições de prestação dos serviços, incluindo a Programação Pactuada Consorcial (PCC) - estipulada sobre as demandas regionais da população, considerando a capacidade instalada das unidades (CEOs e Policlínicas).

2

Regulam as obrigações e responsabilidades do contratado (o Consórcio) e as obrigações dos contratantes (os entes).

3

Relacionam os indicadores de desempenho e de monitoramento, com suas respectivas metas.

4

Responsabilizam os contratantes pela auditoria, controle e avaliação do cumprimento do contrato, bem como pela supervisão do desempenho do contratado.

5

Preveem a prestação de contas, semestralmente, por meio de comissão de avaliação formada por representantes designados pelo consórcio e por seus entes, que devem, em reunião, acompanhar e avaliar o cumprimento parcial dessas metas.

6

Por fim, vinculam o repasse dos recursos financeiros dos contratantes ao desempenho mensal do contratado na prestação dos serviços, que deve ser avaliado pela respectiva coordenadoria regional.

CONTRATO DE RATEIO

O Contrato de Rateio define as responsabilidades financeiras por parte de cada ente consorciado, sendo a única forma de repasse desses recursos. A vigência do contrato de rateio, no Ceará, tem sido anual, mas, salvo melhor entendimento, nada impede de que esse prazo seja maior, desde que sua dotação orçamentária tenha sido prevista no PPA.

Apesar de distintos, Contrato de Programa e de Rateio se complementam. O repasse dos recursos financeiros ao Consórcio Público só pode acontecer mediante Contrato de Rateio, que só pode ser celebrado após a assinatura do Contrato de Programa.

Como definido nos contratos, o custeio mensal das unidades foi rateado entre os consorciados, seguindo critérios populacionais e de arrecadação do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) de cada município.

Para não haver distorções e evitar que a conta pesasse mais para um consorciado do que para outro, foi estabelecido que, primeiro, seria rateado levando em conta a população de cada município. Em seguida, seria feito outro rateio de acordo com o ICMS. Comparados os dois valores absolutos resultantes de cada critério, o município pagaria a menor quantia do rateio, seja pela população ou pelo ICMS.

No caso das policlínicas, o governo do Estado financia, no mínimo, 40% dos custos totais e os outros 60% são divididos entre as municípios consorciados, sendo que, cada município só pode investir na unidade até 10% do ICMS, uma vez que há prefeituras que arrecadam muito, mas apresentam populações pequenas. Enquanto outras, arrecadam menos, mas apresentam populações maiores. Para compensar a balança, o governo do Estado pode assumir mais do que 40% do custeio da unidade. Foi o que aconteceu, por exemplo, com a Policlínica de Pacajus (microrregião de Cascavel), quando o Estado financiou 44,83%.

Já para os CEOs, onde há recursos captados junto ao MS, por meio do Programa Brasil Sorridente, a União investe cerca de 24% do custeio, aliviando a participação dos municípios que diminui para 36%, já que o Estado entra com no mínimo 40%. Também, para evitar distorções, os municípios investem nos CEOs, no máximo, 7,5% do ICMS, sempre fazendo o cálculo entre imposto e população, como no caso das policlínicas.

Sendo assim, todo mês o Estado em parceria com os municípios investem quantidade preestabelecida de recursos, calculada de acordo com a arrecadação dos impostos e tributos, levando em consideração a sua população, tornando o custo proporcional e mais justo. Em contrapartida, os cidadãos dos municípios passam a ter direito a consultas e realização de exames e tratamentos nas policlínicas e CEOs perto de sua casa ou na sua região com maior conforto e qualidade, com data e hora marcadas.

EXEMPLO DE CONTRATO
DE PROGRAMA



EXEMPLO DE PLANILHA
DE CUSTEIO DAS UNIDADES



Link para os arquivos de contrato de programa e planilha de custeio das unidades no QR Code.

GESTÃO DE PESSOAS

De forma geral, a gestão de pessoas nas organizações consiste no gerenciamento e administração do capital humano, um dos principais recursos de uma organização, a fim de atender as necessidades dos colaboradores e da instituição. Gerir pessoas é bem mais difícil do que gerir recursos, considerando que estamos falando de seres humanos, onde cada indivíduo apresenta sua complexidade, singularidade e sua essência.

Esse desafio inclui: gerir a equipe com eficiência, administrando conflitos; imprimir a cultura organizacional, difundindo a missão, visão e valores da instituição; aperfeiçoar os processos internos de forma constante; treinar e desenvolver os colaboradores; incentivar os planos de cargos e carreiras e de desenvolvimento pessoal dos funcionários; utilizando comunicação clara, ágil e eficiente junto aos colaboradores.





SELEÇÃO DAS LIDERANÇAS E EQUIPES

Com as unidades construídas e equipadas, foi necessário profissionalizar a administração. Para a gestão dessas unidades é imprescindível a utilização de instrumentos e práticas gerenciais modernas no planejamento, programação, monitoramento dos indicadores, e na aplicação dos conceitos da qualidade nos processos de trabalho com foco na segurança do paciente, culminando na Acreditação das unidades.

A modernização da administração pública brasileira, fundamentada nos princípios da qualidade, enfatiza as dimensões formal e política da gestão, que representam, respectivamente, a condução das competências técnicas e a competência para projetar e realizar a satisfação da sociedade. É consenso afirmar que o maior desafio do setor público brasileiro está na transformação de sua gestão, com o que se solucionariam os problemas que vêm comprometendo o seu desempenho (ALMEIDA, 2001).

De forma planejada, a SESA-CE, em parceria com a ESP-CE, organizaram o processo de seleção pública para a função de diretores das unidades. Um certame rigoroso foi aplicado, constituído de provas escrita, análise curricular e avaliação comportamental, seguidos por um curso de formação em gestão de serviços de saúde, obedecendo os critérios legais, previstos e financiados pelo Proexmaes. Também, foram realizadas seleções pela ESP para a ocupação dos cargos de nível superior e médio, incluindo técnicos e auxiliares em suas respectivas áreas, provendo todas as unidades de saúde, sejam CEOs ou policlínicas construídas no projeto.

No Ceará, todos os empregados dos consórcios públicos de saúde são contratados pelo regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), com todas as garantias que o regime prevê: férias, acréscimo de um terço das férias; seguro desemprego; benefício de transporte; aviso prévio; recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS); e, contribuição para o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Antes, a contratação pela CLT estava limitada aos consórcios de direito privado, mas, agora, com a Lei 13.822, de 6 de maio de 2019, que altera o § 2º do art. 6º da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, os consórcios públicos com personalidade jurídica de direito público, também, têm seu pessoal regido pela CLT (BRASIL, 2019).

O regime celetista parece dirimir as dificuldades encontradas em estabelecer um regime de trabalho uniforme, já que cada ente possui regime estatutário próprio de servidores e de previdência.

É importante ressaltar a importância das seleções ou concursos públicos para impedir a ocupação dos cargos por simples indicação, sem obedecer às legislações vigentes e os requisitos do contrato operativo do Proexmaes, evitando que a vontade política confunda-se com a vontade e interesse coletivos. Pois, apesar do regime de contratação dos empregados dos consórcios ser celetista, o regime jurídico desses empregados está previsto no Art. 37 ao 41 da CF/1988 e na Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, e é o mesmo regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais, o que inclui os consórcios (BRASIL, 1998 e 1990. c).



GESTÃO PELA QUALIDADE

A busca pela eficiência e qualidade na prestação dos serviços em saúde tem ganhado relevância desde que se passou a discutir a reorganização dos serviços de saúde no Brasil (CAMPOS et al, 1990). Para Terra e Vecina Neto, 1988, o termo crise no setor saúde traduz-se pela baixa qualidade, ineficiência e a falta de 'justiça' na atenção à saúde, e sugerem para esse impasse que sejam criados novos espaços para gerências comprometidas com o aumento da eficiência do sistema e a redução de iniquidades.



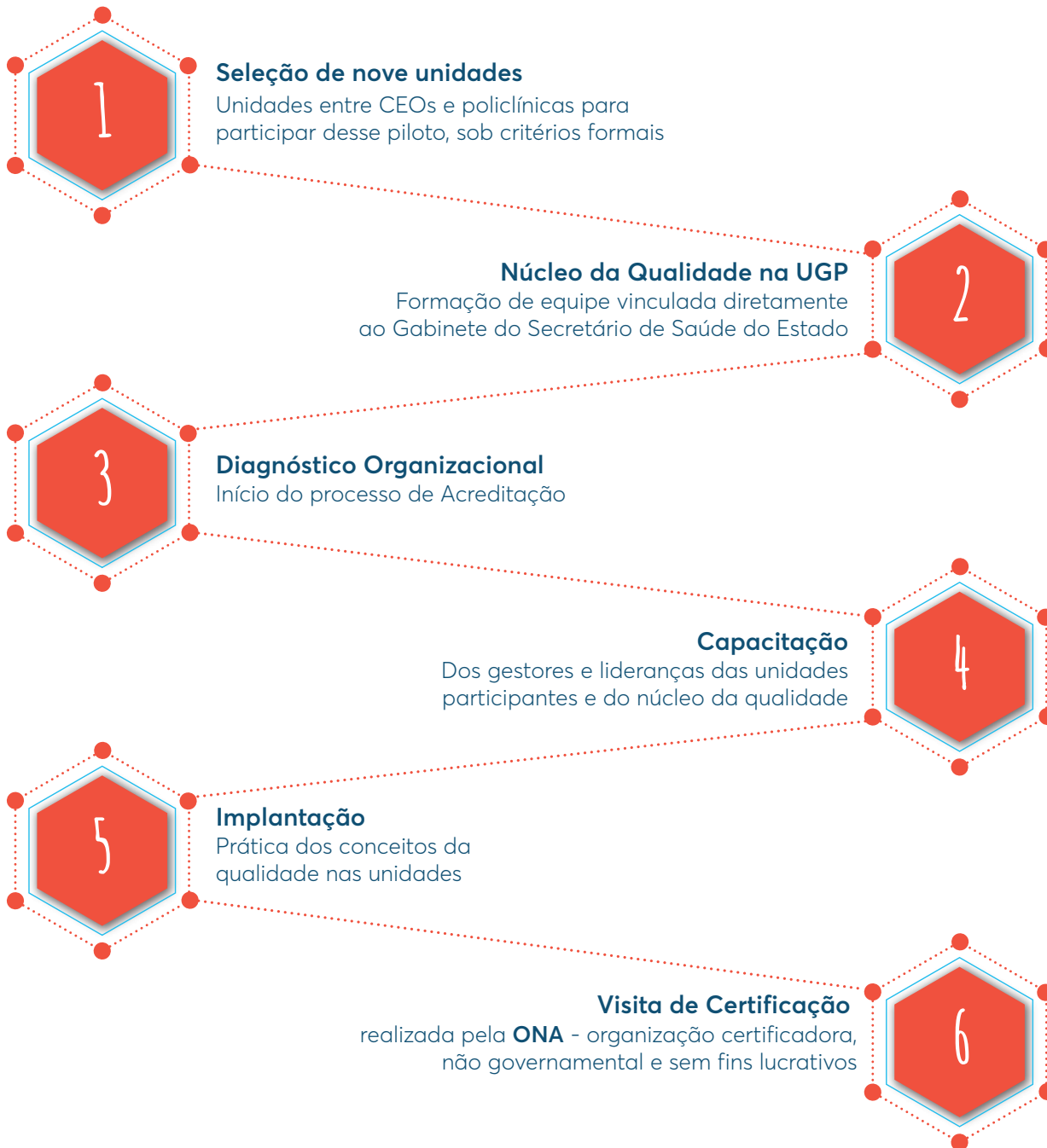
ACREDITAÇÃO DAS UNIDADES

Como um dos pilares do Proexmaes, a Acreditação foi um passo importante para conscientizar os gestores da importância de oferecer serviço de saúde digno à população. A Acreditação é um processo que visa à certificação de qualidade da instituição de saúde, de acordo com padrões e requisitos previamente definidos. De caráter educativo, voltado à melhoria contínua, a Acreditação não deve ser confundida com os procedimentos de licenciamento e ações típicas do Estado.

Esse processo é pautado por três princípios fundamentais: é voluntário, feito por escolha da organização de saúde; é periódico, com avaliação periódica das organizações na validade do certificado; e reservado, ou seja, as informações coletadas no processo de avaliação não podem ser divulgadas, segundo o órgão certificador (Organização Nacional de Acreditação, ONA, 2019.a).

Estrategicamente, foi construído pela UGP um projeto-piloto para a implementação da Acreditação das unidades.

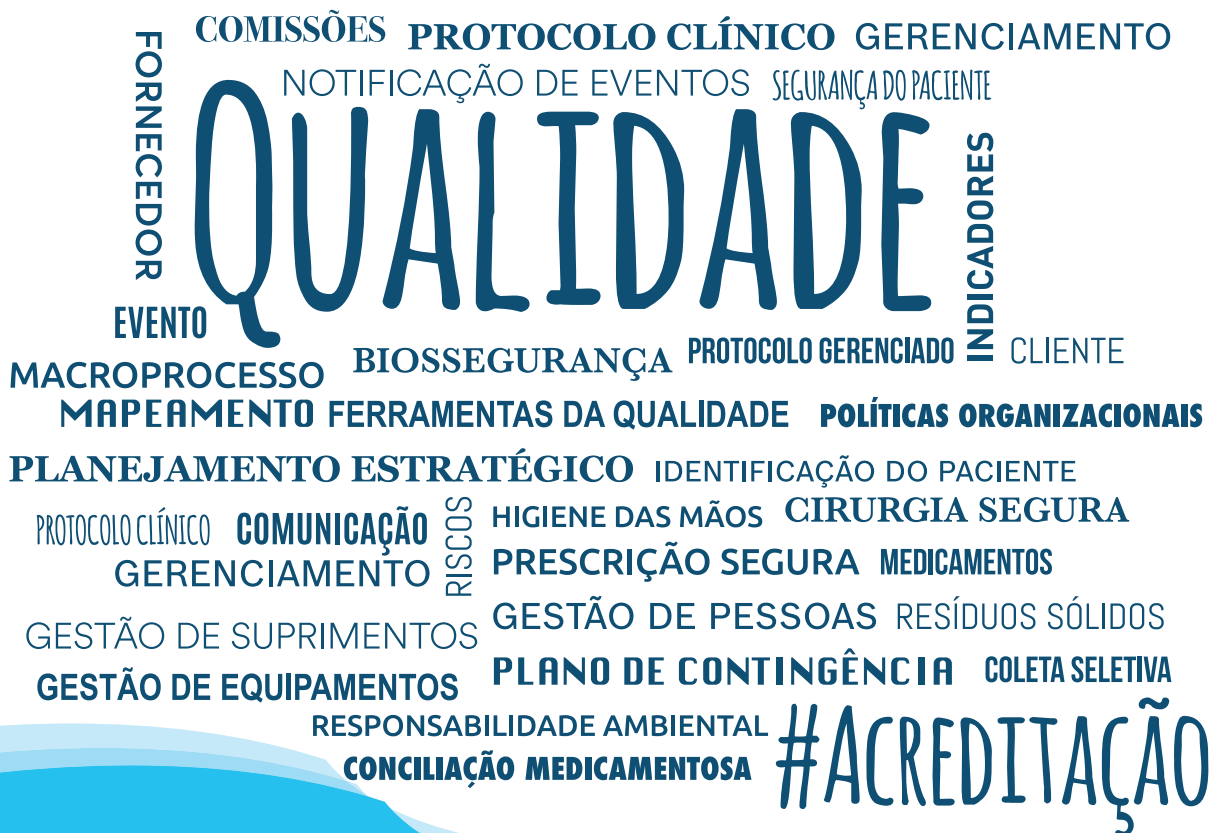
Esse projeto-piloto se desenvolveu em pelo menos seis etapas distintas:



A visita de diagnóstico resultou na produção de um relatório, em que foram apontados os pontos fortes, e as possibilidades de melhoria e as não conformidades segundo os critérios do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação, para cada uma das unidades, individualmente, orientando as ações a serem empregadas durante o processo.

Foi um processo longo, de muito trabalho, tudo era novidade!

Novas palavras, novos conceitos, um novo dicionário.



Acreditar é prestar atendimento em saúde com qualidade e foco no cuidado e na segurança do paciente. Isso requer mudança de cultura, e a aplicação de boas práticas aos processos, melhorando a qualidade dos serviços prestados, a saúde e a estima dos pacientes e profissionais de saúde, em um processo de melhoria contínua, em busca da excelência.

Segundo Aristóteles, nós somos aquilo que, repetidamente, fazemos, a excelência então, não é um modo de agir, mas um hábito.

Nesse processo, as lideranças têm papel fundamental, e o desafio maior é despertar na equipe o entendimento e a vontade de fazer o que tem que ser feito, da melhor forma, reduzindo riscos e aumentando a segurança dos processos.

Ao final do projeto-piloto, apenas oito unidades submeteram-se à visita de certificação, em 2016, e, foram acreditados no projeto-piloto, os CEOs regionais de Baturité, Cascavel, Juazeiro do Norte e Limoeiro do Norte, e as policlínicas regionais de Itapipoca, Pacajus e Sobral.

Segundo a ONA (2019.a), a certificação pode ocorrer em três níveis crescentes: Acreditado, para organizações de saúde que atendem, no mínimo, a 70% dos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Acreditado Pleno, para instituições que atendem, no mínimo, a 80% dos critérios de segurança do paciente e 70% dos critérios de gestão integrada, com fluidez nos processos e plena comunicação entre as atividades. Acreditado com Excelência, para instituições que atendem no mínimo a 90% dos critérios de segurança do paciente e 80% dos critérios de gestão integrada e 70% dos critérios de excelência em gestão, com cultura organizacional de melhoria contínua e maturidade institucional.

A certificação dos serviços odontológicos implantada nos CEOs do Ceará foi considerada inédita e original do Proexmaes, pois até esse projeto não existiam unidades odontológicas, públicas ou privadas, Acreditadas no País. Dessa forma, o CEO Regional de Cascavel foi o primeiro serviço odontológico Acreditado pela ONA no Brasil, atendendo aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais. Esse CEO, também, foi o único a inaugurar e começar, prontamente, a prestar os serviços.

Destaca-se, também, sempre na vanguarda dos acontecimentos, o Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Cascavel (CPSMCAS), o único com duas unidades acreditadas já no projeto-piloto: o CEO Regional de Cascavel Dr. Francisco Mansueto de Souza e a Policlínica de Pacajus Dra. Márcia Moreira de Menezes.

Na recertificação dessas unidades, em 2018, houve a assinatura do termo de compromisso para início do processo de Acreditação das policlínicas regionais de Aracati, Baturité, Caucaia, Limoeiro do Norte e Russas e dos CEOs regionais de Canindé, Caucaia, Itapipoca e Maracanaú e Russas.

No segundo ciclo da Acreditação, a maioria das unidades, já com mais maturidade, avançou no nível da certificação, com destaque para a Policlínica Regional de Itapipoca, que alcançou a Acreditação por Excelência, a primeira da rede a alcançar este resultado. O CEO Regional de Cascavel só conseguiu avançar sua certificação em 2019.

Relação das unidades Acreditadas e nível de certificação

Unidade	Acreditação 2016	Acreditação 2018
Policlínica Itapipoca	Acreditado Pleno (Nível II)	Acreditado com Excelência (Nível III)
Policlínica Sobral	Acreditado (Nível I)	Acreditado Pleno (Nível II)
Policlínica Tanguá	Acreditado (Nível I)	Acreditado Pleno (Nível II)
CEO Limoeiro do Norte	Acreditado Pleno (Nível II)	Acreditado Pleno (Nível II)
CEO Juazeiro do Norte	Acreditado (Nível I)	Acreditado Pleno (Nível II)
CEO Baturité	Acreditado (Nível I)	Acreditado (Nível I)

Fonte: ONA, 2019a.

Atualmente, do total de unidades de saúde Acreditadas no Ceará, 70% pertencem à administração pública direta ou indireta do Estado. Além das policlínicas e CEOs regionais Acreditados no projeto-piloto, há, também, os Hospitais regionais do Norte, em Sobral e do Cariri, em Juazeiro do Norte; Hospital Waldemar de Alcântara e o Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará (Lacen), ambos em Fortaleza, configurando o Estado do Ceará com o maior número de unidades públicas de saúde Acreditadas (ONA, 2019.b).

Ainda, de acordo com a ONA, 2019.b, o estado do Ceará é o segundo estado do Nordeste em número de certificações e detém 80% dos serviços odontológicos certificados do país.

Esse movimento de Acreditação deve evoluir, gradativamente, para a Acreditação de todas as RAS, envolvendo as unidades de atenção primária, secundária e terciária, nos municípios, nas microrregiões e macrorregiões de saúde.



Centro de Especialidades Odontológicas Dr. Francisco Mansueto de Souza

PROEXMAES II

A segunda fase do Proexmaes, ou Proexmaes II, terá investimento no valor total de US\$ 178, 5 milhões de dólares, sendo US\$ 123 milhões advindos do BID, por meio do Contrato de Empréstimo nº 3.703/OC-BR, e US\$ 55,5 milhões de dólares do tesouro estadual e tem como principais metas: incrementar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços em saúde no Estado, e a melhoria do desempenho do SUS, consolidando o enfoque das RAS no estado do Ceará. O Proexmaes II será executado, no prazo de 5 cinco anos, por intermédio da SESA-CE, especificamente pela UGP, que será novamente e legalmente instituída, e vinculada diretamente ao gabinete do Secretário da Saúde, que deve coordenar o Programa (PROEXMAES II, 2017).

O Proexmaes II envolve investimentos em três componentes:

- 1 Fortalecimento da Gestão e Melhoria da Qualidade dos Serviços, a fim de aumentar a eficiência das redes regionalizadas de saúde e a qualidade de seus serviços, melhorar os aspectos logísticos e da gestão clínica e gerencial. Incluindo, dentre outras ações, a criação do Centro de Logística da Saúde, a reforma e ampliação da SESA e das coordenadorias regionais e a Acreditação de, aproximadamente, mais trinta unidades de saúde de média complexidade (policlínicas e CEO) e hospitais de médio e grande porte. Esse componente será financiado pelo BID com previsão de recursos aproximados em US\$ 27, 4 milhões de dólares;
- 2 Ampliação do Acesso e Consolidação das RAS, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de média e alta complexidade nas macrorregiões de Fortaleza, Cariri, Sobral e Litoral-Jaguaribe, assegurando sua integração com a atenção primária e garantindo o cuidado integral. Esse eixo inclui a construção do Hospital Regional do Vale do Jaguaribe, do Hospital Regional Metropolitano e de uma policlínica em Fortaleza. Além de investimentos nos serviços de atenção ao parto. Esse componente tem previsão de recursos da ordem de US\$ 141, 3 milhões de dólares, sendo o único eixo em que o governo investe recursos próprios da ordem de US\$ 55,5 milhões de dólares;


3

Administração, Avaliação e Auditoria, com o propósito de apoiar a execução do Programa e o acompanhamento dos resultados esperados. Para esse componente está previsto o investimento de U\$ 9,9 milhões de dólares.

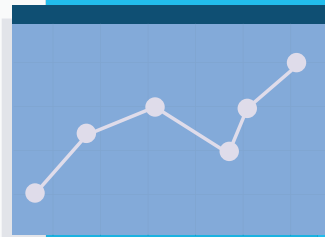
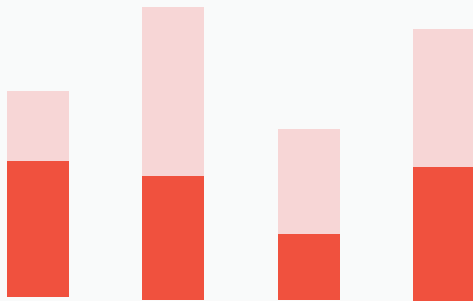


ESTADO ATUAL DO PROJETO





VONTADE POLÍTICA
SELEÇÃO
CRITÉRIOS
TRANSPARÊNCIA
MONITORAMENTO



ESTADO ATUAL DO PROJETO

O projeto era grandioso e foi bem executado. Mas está sendo um desafio mantê-lo.

O governo do Estado e os municípios conseguiram levar atenção especializada em saúde a todas as regiões, melhorando o acesso da população do interior do estado a recursos avançados de diagnóstico e apoio terapêutico de média complexidade.

Apesar de todos os benefícios que essa modalidade de gestão trouxe, os consórcios públicos de saúde no Ceará ainda estão sensíveis e exigem vontade política. Afinal, municípios e Estado precisam partilhar projetos comuns, e nem sempre os prefeitos da região e o governador são do mesmo partido ou estão aliados politicamente. Portanto, é preciso ser estadista! Governar com liderança e sabedoria, sem limitações políticas, preocupando-se em tomar medidas que sejam benéficas no longo prazo.

Nesse projeto, o governo estadual atuou como coordenador e articulador político junto aos municípios, não só como indutor técnico e financeiro. Além disso, acredita-se que o estado tem papel indispensável no monitoramento e na visão macro do funcionamento desses Consórcios, seja por meio da supervisão dos atendimentos realizados nas unidades, pelo desempenho administrativo-financeiro dos consórcios, ou ainda pela aprovação da população.

Por ser o único ente comum a todos os consórcios, o estado tem acesso a indicadores que permitem alinhar de forma saudável o desempenho médio das unidades, observando as demandas e identificando discrepâncias não justificáveis pelos aspectos regionais.

Além disso, cabe ao estado dar o tom do caminho que o projeto deve seguir, podendo ser representado pelo Secretário de Saúde do Estado, ou com a participação do próprio governador, ente com maior participação financeira nos consórcios, especialmente quando necessário deliberar sobre pautas de grande valor estratégico, financeiro ou assistencial.

Neste ano de 2019, início de uma nova gestão nos Poderes Executivo e Legislativo Estadual, a situação das policlínicas e CEOs e a padronização dos consórcios públicos de saúde do Estado ganharam destaque na pauta dos gestores, dos deputados, do governo e da sociedade, por meio da imprensa. Um projeto para reestruturação do modelo dos consórcios de saúde está pronto e deve ser submetido à Assembleia Legislativa. A iniciativa é resultado de dois meses de avaliação de processos, período no qual, segundo a SESA-CE, casos de inadequação foram identificados e se transformaram em denúncias enviadas pela própria pasta aos órgãos de controle.

O governo do Estado deve estabelecer critérios técnicos nas definições dos consórcios, atualmente marcadas por disputas entre deputados e prefeitos para indicações políticas, a fim de deixar esse modelo de gestão mais efetivo e transparente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ALMEIDA, H. M. S. Programa de qualidade do Governo Federal aplicado à saúde. Revista de Administração em Saúde, v. 3, n.12, p. 5-10, jul./set. 2001.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1; 18 jan. 2007.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 2, p. 1; 29 jun. 2011.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1; 18 mar. 2015.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 2; 16 dez. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 18.055; 20 set. 1990.a

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 25694; 31 dez. 1990.b

BRASIL. Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 23935; 12 dez. 1990.c.

BRASIL. Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1; 7 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 5; 25 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 13.822, de 3 de maio de 2019. Altera o § 2º do art. 6º da Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, para estabelecer que, no consórcio público com personalidade jurídica de direito público, o pessoal será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1; 6 mai. 2019.

BRASIL. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1; 5 mai. 2000.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 1; 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CIT nº13, de 23 de fevereiro de 2017. Dispõe sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de caráter eletivo no âmbito SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 54; 1 mar. 2017.b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 e mantém as disposições constantes da Portaria GM/MS N° 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 2, p. 2; 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 43; 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 810; 21 dez. 2018.a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 554, de 15 de setembro de 2017. Aprova as diretrizes para estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde a serem aplicadas em conjunto com o previsto na Resolução CNS nº 453/2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 45; 15 jan. 2018.b.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 847 de 2019 - TCU. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, p. 74; 2 mai. 2019.

CAMPOS, E.F. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. Cadernos de Saúde Pública, v.6, n.1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

CEARÁ. Lei nº 14.239, de 11 de novembro de 2008. Altera a Lei nº 13.946, de 31 de julho de 2007, que autoriza o poder executivo a contratar empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, Caderno 1, p. 2; 13 nov. 2018.

CEARÁ. Portal da Transparência. Obras de edificações. D269201000 - Construção da Policlínica Tipo 01, no município de Maracanaú. Disponível em: <https://ceartransparente.ce.gov.br/portal-da-transparencia/obras/edificacoes/266?locale=pt-BR>. Acesso em: 13 mai. de 2019.a.

CEARÁ. Portal da Transparência. Obras de edificações. D750200900 - Construção da Policlínica Tipo 01, no município de Canindé. Disponível em: <https://ceartransparente.ce.gov.br/portal-da-transparencia/obras/edificacoes/966?locale=pt-BR%20maracanau%20policlinica>. Acesso em: 13 mai. 2019.b.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Estatuto do Consórcio Público de Saúde da Microrregião de Cascavel – CPSMCAS. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, Caderno Único, p.38; 5 out. 2010.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. Portaria nº 2061, de 08 de novembro de 2007. Cria, no âmbito desta Secretaria, a Comissão de Fomento e Implantação de Consórcios Públicos de Saúde no Estado do Ceará. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, CE, Caderno único, p.34; 3 jan. 2008.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Portaria nº 6.493 de 25 de novembro de 2009. Aprova o Regulamento Operativo que estabelece a organização, procedimentos, termos e condições a serem observadas na execução do Programa de Expansão e Fortalecimento da Atenção Especializada à Saúde no Estado do Ceará, parcialmente financiado pelo BID e seus anexos, e sua disponibilização no endereço da internet www.saude.ce.gov.br. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, Caderno 2, p. 75; 3 dez. 2009.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Brasil gasta R\$ 3,48 ao dia com saúde. Publicado em 13 de novembro de 2018. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27961:2018-11-12-17-57-13&catid=3. Acesso em: 13 nov. 2018.a.

CFM. Conselho Federal de Medicina. Países ricos gastam quase dez vezes mais que o Brasil. Publicado em 13 de novembro de 2018. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27965:2018-11-13-14-23-18&catid=3. Acesso em: 13 nov. 2018.b.

CUNHA, D. Administração Pública: uma visão ampla da administração pública direta e indireta. Publicado em 2014. Disponível em: <https://douglasr.jusbrasil.com.br/artigos/135764506/administracao-publica-uma-visao-ampla-da-administracao-publica-direta-e-indireta>. Acesso em: 15 jan. 2019.

DAHLGREN G, WHITEHEAD M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute of Futures Studies, Stockholm, 2007. 69 p. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019.

IPECE. Informações georreferenciadas e especializadas para os 184 municípios cearenses. Ceará em mapas. Caracterização territorial. Limites e regionalizações. Disponível em: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/121x.htm>. Acesso em: 23 mar. 2019.

MS. Ministério da Saúde. Notícias. Agência Saúde. Novo modelo de financiamento do SUS garante eficiência no uso de recursos. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42263-novo-modelo-de-financiamento-do-sus-garante-eficiencia-no-uso-de-recursos>. Acesso em: 22 fev. 2019.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. O que é acreditação. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>. Acesso em: 25 mar. 2019.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. Mapa de creditações. Ceará. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>. Acesso em: 20 fev. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. 222 p. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49663>. Acesso em: 24 mar. 2019.

PMM. Programa Mais Médicos. Política de Atenção Básica. Porta de Entrada do SUS. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/porta-de-entrada-do-sus>. Acesso em: 20 fev. 2019.

PROEXMAES II. Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no Estado do Ceará (nº 3703/OC-BR). Regulamento Operacional. pdf. 73p. fev. 2017.

RAMOS, D.D., LIMA, M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 1, p. 27--34, jan-fev. 2003.

SEPLAG-CE. Secretaria de Planejamento e Gestão do Estado do Ceará. Manual Técnico de Orçamento (2018). pdf. 113p. Disponível em: https://www.seplag.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/14/2017/08/MANUAL_T%C3%89CNICO_DE_OR%C3%87AMENTO_2018.pdf. Acesso em: 13 mai. 2019.

SESA-CE. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Arquivos Proexmaes. Regulamento Operativo. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/category/principal/proexmaes/>. Acesso em: 25 mar. 2019.

SOUSA, H. J. Programação Geral de Ação e Serviços de Saúde PGASS. Publicado em 10 de julho de 2017. In: Health e Medicine. Slide 7/25. Disponível em: <https://www.slideshare.net/CONASS/experincias-ne-cear>. Acesso em: 29 fev. 2019.

TERRA, V. VECINA NETO, G. A universidade e a formação de recursos humanos na gestão de saúde. Revista de Administração Pública, v.32, p. 185-94, mar./abr. 1998.

TOREZANI, G. S. *Estudo sobre as faltas às consultas e seus motivos: uma análise da comunidade Sete Anões. Mesquita/RJ*, 2015, 36 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Universidade aberta do SUS. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7960>. Acesso em: 28 jan. 2019.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. 20 p. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 20 mar. 2019.

SOBRE OS AUTORES



BRUNO ELOY

brunoeloy@gmail.com

Paraense no registro, cearense na prática. Nascido no município de Bragança, Bruno Eloy Farias Araújo mudou-se ainda criança para Fortaleza, onde mora até hoje. É administrador de Empresas por formação pela Faculdade 7 de Setembro e técnico em Música pelo IFCE. Fez MBA no Instituto Brasileiro de Mercado e Capitais - IBMEC com módulo de Empreendedorismo na escola norte americana Babson College, Especialização em Regulação em Saúde no SUS no Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa e Especialização em Controladoria Governamental na Universidade Federal do Ceará. Como resultado dessa formação acadêmica diversificada, acumula experiências exitosas nos três setores da sociedade civil. Na iniciativa privada, trabalhou no Setor de Suprimentos Internacionais da Indústria Naval do Ceará; na administração pública direta, foi Controlador Geral do Município de Cascavel, e mais tarde, na administração pública indireta, de 2009 a 2015, foi Secretário Executivo do Consórcio de Saúde Pública da Região de Cascavel, sagrando-se, posteriormente, como o mais jovem diretor-presidente da Organização Social Instituto Agropolos do Ceará. Em 2016, resolveu morar nos Estados Unidos, onde trabalhou e estudou na University of Central Florida. Versátil, criativo e empreendedor, destaca-se por seu perfil técnico com ênfase na gestão por resultados.



HELENA MÁRCIA

hmguerra@gmail.com

Helena Márcia Guerra dos Santos é natural de Fortaleza- Ceará, ex-aluna marista e formou-se cirurgiã-dentista pela Universidade Federal do Ceará. Mais tarde, obteve o título de Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo – USP/SP. Com vasta experiência acadêmica, administrativa e clínica, coordenou e ministrou cursos de especialização e de aperfeiçoamento na Associação Brasileira de Odontologia (ABO-CE). Tendo como palavras-chave o aprendizado, a inquietude e a constante busca por novas experiências, foi aprovada na seleção para gestores de Centros Especializados de Odontologia-CEOs, durante a qual recebeu curso de formação para o cargo, tornando-se Especialista em Gestão de Serviços de Saúde. Entre 2013 e 2017, assumiu a Direção Geral do CEO Regional de Cascavel e teve a oportunidade de ser responsável pelo primeiro serviço odontológico acreditado no Brasil pela ONA. Dedicada à profissão, atua na atenção secundária prestando cuidado humanizado ao paciente com fissura labiopalatal no Hospital Infantil Albert Sabin e encontra-se inserida em dois grupos de pesquisa, um voltado à saúde da gestante, vinculado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-CE) e o outro, para o tratamento do paciente fissurado com células-tronco, em uma parceria entre o SUS e o Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa.

INSTITUTO DE ESTUDOS E PESQUISAS SOBRE O
DESENVOLVIMENTO DO ESTADO DO CEARÁ

Inesp

João Milton Cunha de Miranda

Presidente

Gráfica do Inesp

Ernandes do Carmo

Coordenador

Vlaquiria Moreira

Assistente Editorial

Cleomarcio Alves (Marcio), Edson Frota, Francisco de Moura,

Hadson França e João Alfredo

Equipe Gráfica

Aurenir Lopes e Tiago Casal

Equipe de Produção Braille

Mário Giffoni

Diagramação

José Gotardo Filho e Valdemice Costa (Valdo)

Equipe de Design Gráfico

Lúcia Maria Jacó Rocha e Vânia Monteiro Soares

Equipe de Revisão

Site: www.al.ce.gov.br/inesp

E-mail: inesp@al.ce.gov.br

Fone: (85) 3277-3701



**Assembleia Legislativa
do Estado do Ceará**

Assembleia Legislativa do Estado do Ceará
Av. Desembargador Moreira 2807,
Dionísio Torres, CEP 60170-900, Fortaleza, Ceará,

Site: www.al.ce.gov.br

Fone: (85) 3277-2500

O SUS e os Consórcios Públicos em Saúde

Da Teoria à Prática

Mesa Diretora 2019-2020

Deputado José Sarto
Presidente

Deputado Fernando Santana
1º Vice-Presidente

Deputado Daniel Oliveira
2º Vice-Presidente

Deputado Evandro Leitão
1º Secretário

Deputada Aderlânia Noronha
2ª Secretária

Deputada Patrícia Aguiar
3ª Secretária

Deputado Leonardo Pinheiro
4º Secretário



**Assembleia Legislativa
do Estado do Ceará**

Versão digital:
www.consorciopublico.com.br

