

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

RESOLUÇÃO CNS Nº 307, DE 07 DE DEZEMBRO DE 2000.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Quarta Reunião Ordinária, realizada nos dias 06 e 07 de dezembro de 2000, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.80, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e **considerando**:

1. A importância da regionalização para organização estrutural e funcional da atenção à saúde no SUS e para a consolidação do processo de descentralização;
2. A determinação constitucional contida no artigo 128 da Constituição Federal; e
3. O primeiro relatório do Grupo de Trabalho estabelecido por sua 103^a Reunião Ordinária, para estudar a matéria com base nos documentos preparados pelo Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS;

RESOLVE:

1. Apoiar a iniciativa do Ministério da Saúde, através da SAS e em discussão na CIT, de promover a regionalização dos serviços e da atenção à saúde como estratégia necessária à organização do sistema e consolidação de sua descentralização;

2. Estabelecer os seguintes Princípios e Diretrizes Gerais para a Regionalização no SUS:

2.1 – A Eqüidade como eixo organizador principal da atenção que implique:

a) em estratégia para a Universalidade e a Integralidade (cobertura e acesso);

b) na melhor qualidade possível, medida pela capacidade de resolução dos problemas e pela satisfação gerada; e

c) na maior eficiência definida sempre em função dos objetivos do Sistema.

O desempenho global do SUS regionalizado será medido principalmente por sua **eficácia e satisfação sociais**.

2.2 – Unidade de comando da gestão em cada nível de governo.

2.3 – Solidariedade e complementaridade entre gestores que implica em:

a) um processo permanente e efetivo de pactuação;

b) **financiamento solidário**, com ênfase atual na centralidade da responsabilidade federal e no cumprimento das disposições da E.C. 29.

c) **planejamento e programação**, inclusive orçamentos integrais e pactuados, contemplando a totalidade dos recursos disponíveis com a especificação da aplicação segundo a origem institucional dos recursos e com diretrizes gerais comuns e capacidade de ajuste a situações específicas.

d) mecanismos participativos de pactuação e de gestão em todos os âmbitos de gestão e de atenção. As “**Comissões Intergestores**” constituem o principal

mecanismo de pontuação, como espaços de negociação coletiva cujas conclusões serão sempre por consenso e devem ser formalizadas posteriormente em decisões pelas autoridades/instituições responsáveis correspondentes em cada esfera de Governo.

2.4 – Responsabilização, que exige absoluta transparência de ação e mecanismos setoriais eficazes de acompanhamento, controle, avaliação e revisão, tanto institucionais como sociais;

2.5 – Responsabilidade estratégica dos Estados que significa especialmente assumir a condução do processo, a regulação e a mediação intermunicipais e a gestão das referências intermunicipais de atendimento garantindo o acesso para todos.

2.6 – Papel dos municípios como gestores únicos em seus territórios na medida que aceitem as responsabilidades correspondentes e se qualifiquem para exercê-las.

2.7 – Os gestores em cada nível de Governo estão obrigados ao cumprimento das normas comuns a todo o Sistema, pactuadas entre si ou adotadas em função de prerrogativas exclusivas legalmente estabelecidas. Um equilíbrio adequado entre os requisitos da unidade do Sistema e da especificidade de situações deve ser alcançado neste processo. Em consequência a faculdade normativa, em cada esfera de Governo, deve ser exercida com cuidado e critério, tendo em vista especialmente:

a) o equilíbrio entre a unidade do Sistema e as especificidades das situações concretas;

b) o equilíbrio entre a especificação e promoção de prioridades mais gerais (nacionais, estaduais, regionais), as condições epidemiológicas e operacionais particulares (prioridades próprias) e as necessidades de integração e operacionalização das ações.

c) factibilidade da aplicação pelos operadores responsáveis.

2.8 – A preparação de políticas, planos e projetos de investimentos (criação de capacidade) a partir da identificação das necessidades do sistema regionalizado. Deverão ser consideradas prioridades imediatas: a complementação da ABS e da assistência de média complexidade, especialmente de sua componente **essencial** e o aumento da capacidade de gestão.

2.9 – O fortalecimento do controle social através da satisfação de seus requisitos essenciais (transparência na gestão e gerência com informação oportuna e inteligível, organização e capacitação sociais e mecanismos de expressão) e do respeito (acatamento) das atribuições dos diversos mecanismos no processo, especialmente dos Conselhos de Saúde.

3. Estabelecer adicionalmente as diretrizes específicas a seguir:

A Regionalização será conformada sobre a definição dos “**níveis de atenção**” e de suas relações, dos “**âmbitos de atenção**” (espaços – populações adscritas) e das **responsabilidades de gestão**. A correspondência entre essas três instâncias organizacionais conformará a matriz funcional da regionalização.

3.1 – Níveis de atenção

a) Atenção Básica – conformada pelo conjunto de ações de atenção dirigida às pessoas (individuais e coletivas) e ao ambiente que cubram as necessidades de promoção da saúde em cada contexto social, a prevenção de enfermidades, lesões e riscos prevalentes e o atendimento básico e efetivo dos enfermos (solução de

enfermidades e lesões comuns e primeiro atendimento das mais complexas). A atenção básica deve estar facilmente acessível a toda a população e ajustada às condições epidemiológicas locais.

No Brasil, dada diversidade dos municípios é ainda inviável dispor de uma atenção básica “**completa**”, de resolutividade desejada, em todos eles. Está justificada portanto sua classificação, em:

i) ABS “**simples**” possível em todos os municípios; e

ii) ABS “**ampliada**” disponível em municípios pólos de “microregiões” e acessível por “**referência**” assegurada, inclusive por demanda expontânea, as populações de todos os municípios integrantes da “**microregião**”.

Os recursos do PAB serão definidos em conformidade com esta classificação. A parte referente à ampliação da ABS “**simples**” correspondente às populações dos municípios que ainda não disponham dessa ampliação, será gerida em geral pelos Estados e alocada aos municípios pólos das microregiões com especificação a cada município de referência que a integre. Cada município poderá assumir a gestão dos recursos que lhe cabem quando estiverem em condições de oferecer os serviços correspondentes.

O Programa da Saúde da Família – PSF, o mais potente programa indutor e estruturante da atenção à saúde no País, deverá articular-se nesse esquema; a saúde da família constitui o núcleo modelador da ABS. Nesse sentido sua expansão e ajuste às grandes cidades é uma necessidade prioritária.

b) **Assistência de Média Complexidade** – Este nível de atenção é também classificado em dois componentes:

i) MC “**essencial**”, que complementa diretamente a ABS e deve ser tratada como um pacote com ela. Em consequência, idealmente, deverá ser financiada em base percapita e estar disponível nos municípios pólos das microregiões.

ii) MC complementar que inclui os demais procedimentos de média complexidade, remunerados por procedimento (tabela SIA /SUS e SIH/SUS) e de acordo com programação e transferência fundo a fundo em forma prospectiva. A MC completa estará disponível na Região ainda

que distribuída em mais de um centro prestador conforme a disponibilidade de capacidade existente. A Região poderá dispor também de serviços de Alta complexidade acessíveis por referência pelas populações das Regiões que não a tiverem.

c) **Alta Complexidade/Custo**

i) disponível em todos ou na maioria dos Estados, que terão parâmetros organizacionais e normativos do Ministério, especificada nos pactos de gestão e planos de metas;

ii) de disponibilidade nacional (alguns Estados) gerida pelo MS que neste processo considerará as necessidades das macroregiões do país.

3.2 – Âmbitos de Atenção

a) Municípios

Os municípios são os espaços básicos da organização e prestação da atenção no SUS (institucional, demográfico e geográfico). A diversidade dos municípios requer, entretanto, processos de agregação ou desagregação de seus espaços para dar funcionalidade à regionalização. Há municípios que comportam mais de uma Região de Saúde e múltiplas microregiões ou distritos todas sob a gestão do poder municipal. Do outro lado, municípios muito pequenos e de escassa população, serão agregados em microregiões e regiões dentro dos Estados.

b) Microregiões de Saúde

Agregação de municípios ou áreas dentro de municípios, com populações que tenham necessidades e gerem demandas suficientes para justificar serviços de assistência à saúde que cubram, pelo menos, a ABS ampliada e a atenção de MC essencial, com um polo ou sede onde esses serviços estejam disponíveis para toda a população da “**microregião**”.

c) Regiões de Saúde

Um espaço com população com necessidades e demandas suficientes para justificar a existência de serviços que ofereçam pelo menos a MC completa.

As microregiões e as regiões além do gestor municipal do polo ou sede, disporão de instância gestora do Estado sempre que estiverem compostas de mais de um município e de mecanismo de pactuação correspondente.

d) Estados

Âmbito de atenção para prestações de Alta Complexidade/Custo e de gestão global do processo de regionalização no Estado.

e) País

Âmbito de atenção de ações seletivas ou especiais de alta complexidade/custo ou estratégicas nacionalmente e de gestão global do sistema.

3.3 – Responsabilidades de Gestão

a) de todos os municípios = atenção básica “simples”

b) dos municípios pólos de microregiões = ABS ampliada e MC essencial;

c) dos municípios sede de regiões = ABS ampliada, MC completa e alguma alta complexidade por delegação. No caso de MC/AC policêntricas os municípios sedes dos serviços devem assumir a gestão correspondente sob uma coordenação regional.

d) municípios “metropolitanos” = acumulam as responsabilidades vinculados às regiões e microregiões.

e) Estados - gestão do processo de regionalização das referências entre municípios, de planos de investimentos e da AC/C por delegação;

f) Ministério da Saúde = gestão global do SUS e de programa e instrumentos indutores nacionais, da alta complexidade/custo nacional, etc.

3.4 – Qualificação e Habilitação

a) Dos Municípios

Os município se qualificarão e serão habilitados em três níveis de gestão:

i) gestão da ABS simples;

ii) gestão da ABS ampliada;

iii) gestão plena do Sistema Municipal de Saúde.

Os municípios pólos de microregiões ou sedes de regiões terão de estar habilitados na gestão plena do SMS.

Os requisitos das habilitações serão consensuados na CIT e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde com homologação pelo Ministro da Saúde.

O processo de habilitação será consensada nas CIBs regionais e estadual, aprovado pelo CES e formalizado finalmente pelo Ministério da Saúde que informará periodicamente ao Conselho Nacional de Saúde sobre o estado do processo. No caso de conflito na esfera estadual os municípios poderão recorrer à CIT em grau de recurso.

b) Dos Estados

É responsabilidade inerente do Estado a condução do processo de regionalização e todos devem qualificar-se para exercê-la. Os Estados ainda não **“habilitados”** para tanto devem ser objeto de atenção prioritária, urgente e concentrada para superar suas deficiências imediatamente. Os requisitos para a **“habilitação”** dos Estados devem ser propostos pelo Ministério da Saúde, depois de consensuados na CIT, para aprovação do CNS e homologação do Ministro da Saúde.

Outras atribuições dos Estados serão acordadas entre o Ministério e cada Estado e expressadas em contrato ou pacto de gestão incluindo um plano de metas.

Da mesma maneira os Estados celebrarão com os municípios pólos e sedes de microregiões e regiões **“termos de compromisso”** (pactos) para o atendimento das referências intermunicipais dentro do Estado. As referências interestaduais são de responsabilidade do Ministério da Saúde que intermediará os acordos necessários

inter-municipais e interestaduais e decidirá sobre as formas de compensação requerida.

Os planos municipais de saúde, a avaliação de suas execuções e suas revisões, serão aprovados pelos CMS, antes de sua apreciação pelas CIBs e SES.

Os Planos Estaduais de regionalização serão aprovados pelos CES antes de sua apreciação pelo Ministério da Saúde, que informará o CNS sobre os mesmos. Os CES apreciarão também os planos gerais de saúde e os planos de investimentos dos Estados, acompanharão suas execuções e participarão de suas avaliações.

As políticas e planos nacionais de investimentos serão submetidos pelo Ministério da Saúde ao Conselho Nacional de Saúde para suas aprovações.

3.5 – Outros Aspectos

a) A especificidade do financiamento federal ou estadual, como transferências de recursos a Estados ou Municípios, a partir de repasses globais regulares com per-capitas diferenciados segundo critérios de eqüidade, é um importante instrumento de indução de políticas e atendimento de prioridades nacionais, macroregionais ou estaduais, assim como o são programas “**especiais**” com esse potencial. Não há, em princípio, conflito entre uso criterioso desses instrumentos e a flexibilidade necessária para a gestão local ou o princípio de integração de ações no nível operacional. O exagero de seu uso entretanto anula sua justificação (prioridades, etc.) e engessa a operação.

b) A composição dos níveis de atenção definidos deve obedecer, entre outros, aos seguintes critérios:

i) o mais alto grau de resolutibilidade possível em cada nível de atenção;

ii) a inclusão dos procedimentos necessários para atender as normas comuns em todo o país e a possibilidade de inclusão de procedimentos que respondam às peculiaridades epidemiológico-nosológicas dos estados e de regiões de saúde.

iii) a maximização do custo-benefício na distribuição dos serviços, em função da utilização das tecnologias mais apropriadas de provada efetividade e da adoção de processos operacionais mais eficientes.

A determinação das composições dos níveis de atenção será realizada:

(Das normas nacionais por consensuação na CIT e formalização pelo Ministério da Saúde.

(As adições regionais e estaduais por consenso nas respectivas CIBs e formalização pelas Secretarias Estaduais de Saúde;

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS n.º 307, de 07 de dezembro de 2000, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde