

A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHOS ESTADUAIS DE SAÚDE NO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DO SUS

Carmen Lavras¹

Maio/2026

APRESENTAÇÃO

Esse texto foi elaborado, com o intuito de subsidiar discussões que venham ocorrer no âmbito do Conselho Estadual de Saúde da Bahia que, enquanto órgão colegiado, autônomo, deliberativo, fiscalizador e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS no estado, pode dar grandes contribuições ao avanço dos processos de regionalização e integração do SUS aqui tratados.

Conforme as normatizações legais que o orientam, o CES, formado com participação de representantes do governo (federal, estadual e municipal) e prestadores de serviços públicos e/ou privados, conveniados ou sem fins lucrativos; de entidades de representação estadual dos trabalhadores na saúde; e, de entidades de representação estadual de usuários, tem por finalidade atuar na formulação de estratégias, propostas e no controle da execução da política estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, garantindo dessa forma a participação social na gestão do sistema de saúde.

¹ Carmen Lavras é Médica Sanitarista com graduação na Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas (1977) e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2003). É Coordenadora do Programa de Estudos em Sistemas de Saúde, do Núcleo de Políticas Públicas da Unicamp (PESS/NEPP), atuando principalmente nos seguintes temas: política de saúde, sistemas regionais de saúde, avaliação e controle em saúde, recursos humanos em saúde. Tem ainda participado da discussão conceitual e de projetos relacionados ao desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde no país, ao fortalecimento da Atenção Primária e formulação de Linhas de Cuidado. É sócia fundadora do Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social, no qual coordena e desenvolve projetos de apoio ao fortalecimento do SUS.

Vale destacar, nosso entendimento sobre a importância do CES contar com representação de distintos segmentos sociais e de favorecer a discussão sob diferentes pontos de vista, o que enriquece e potencializa a atuação do próprio Conselho. No entanto, pela amplitude e pelo volume das questões que são tratadas, corre-se também, o risco de se tornar mais uma instância burocrática do SUS ou apenas “depositária de queixas”, já que elas realmente existem, principalmente, se considerarmos tratar-se de um sistema ainda em construção e tão subfinanciado como é o caso do SUS.

Para minimizar esse risco, seria importante que os conselheiros definissem em conjunto, alguns eixos prioritários de atuação. Mas para isso, faz-se necessário um alinhamento em relação a como veem o desenvolvimento do SUS, quais os grandes desafios a serem enfrentados e dentre eles, quais na visão do grupo, apresentam maior possibilidade de serem superados hoje, no âmbito do estado, a partir de uma atuação competente e sincronizada da SES com o CES.

E nesse caso, sem dúvida, a regionalização e a integração do SUS, bem como, os desafios que necessitam ser enfrentados para que esses processos se consolidem, podem ser definidos como eixos prioritários de atuação do CES.

A REGIONALIZAÇÃO COMO DIRETRIZ DO SUS

No processo de criação do SUS, além de seus princípios de universalidade, integralidade e equidade que expressam valores fundamentais do sistema, foram definidas várias diretrizes para orientar sua organização e funcionamento. A regionalização se constitui em uma dessas diretrizes, conforme pode ser observado, em trechos selecionados da própria Constituição Federal (CF) de 1988 que criou o sistema e, da Lei 8080 de 1990 que lhe deu operacionalidade, apresentados a seguir.

CF-1988

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade

LEI 8080/90

CAPÍTULO II

Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema

Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Vale salientar a importância da regionalização em um sistema público de saúde de caráter universal como o Sistema Único de Saúde (SUS), num país com extensão territorial continental como o nosso e, que apresenta enormes diversidades regionais seja do ponto de vista cultural; seja em relação ao grau de desenvolvimento econômico- social; ou mesmo, em relação a distribuição, tanto de equipamentos sociais como de profissionais de saúde.

Nesse caso, somente uma organização regional adequada, que permita um olhar mais preciso sobre as necessidades de saúde próprias da população de cada região, bem como uma análise mais apurada a respeito da oferta de serviços de saúde ali existentes, com vistas a seu aprimoramento e adequação e, até a articulação com serviços mais especializados existentes em outras regiões, é que poderá garantir o respeito aos princípios do sistema.

Ao longo do desenvolvimento do SUS, muitas foram as orientações formais, com instrumentos norteadores, publicadas nessa direção, entre as quais podem ser destacadas as seguintes:

- a) Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2002 que redefiniu territórios e propôs vários instrumentos a serem utilizados (Plano de Diretor de Regionalização – PDR; Programação Pactuada e Integrada – PPI e, Plano Diretor de Investimentos- PDI);
- b) Pacto pela Saúde em 2006 que enfatiza e valoriza regionalização;
- c) Portaria 4279 de 2010 que propõe a organização de Redes de Atenção à Saúde;
- d) Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que define RS e propõe o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP);

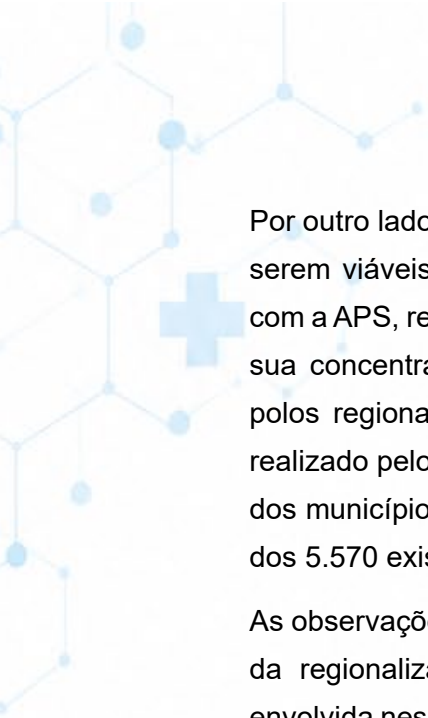
- e) Resoluções feitas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) contendo tanto diretrizes que devem ser observadas nos processos de regionalização como os conceitos utilizados para Macro Região de Saúde (MRS), Planejamento Regional Integrado (PRI) e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS:
- Resolução CIT nº 23, publicada pelo Ministério da Saúde em 17 de agosto de 2017;
 - Resolução de Consolidação CIT nº 1, também publicada pelo Ministério da Saúde em 30 de março de 2021; e, mais recentemente,
- f) Portaria GM/MS Nº 9.262, DE 30 DE dezembro DE 2025 que institui a Política Nacional de Regulação em Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS que apresenta a promoção da regionalização e da integração dos pontos de atenção como uma de suas diretrizes.

Art. 5º Em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, constituem as diretrizes da PNR- SUS:

III - promoção da regionalização da saúde e da integração dos pontos de atenção na RAS, em função das necessidades de saúde da população, em território definido e em consonância com as pactuações regionais e macrorregionais, com vistas à superação de vazios assistenciais, à eficiência na aplicação dos recursos financeiros e à integralidade do cuidado

Além da edição de todas essas normativas, pode-se observar a existência de inúmeras e variadas iniciativas de regionalização do SUS, atualmente em curso, em vários estados da federação, ora conduzidas pelas próprias Secretarias de Estado da Saúde, contando ou não com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, com apoio das Secretarias Municipais de Saúde e/ou dos organismos que as representam – COSEMS e CONASEMS, ora contando ,também, com participação do Ministério da Saúde e, muitas vezes com apoio de organismos multilaterais ou instituições parceiras.

Sob um outro prisma, reconhece-se que o SUS se expandiu através da municipalização, que conseguiu capilarizar o sistema e estar presente com a Atenção Primária à Saúde (APS) em todos os 5.570 municípios brasileiros, respeitando as características de cada um deles. Uma vitória, mesmo considerando que há necessidade de qualificarmos o cuidado aí ofertado, reconhecendo as distintas características existentes tanto em relação as necessidades de saúde dos agrupamentos populacionais sob responsabilidade de cada Unidade Básica de Saúde (UBS), como em relação a própria modalidade de APS adotada em cada município.



Por outro lado, sabemos que a produção de serviços especializados de saúde, para serem viáveis e de qualidade, devem se organizar, ao contrário do que acontece com a APS, respeitando uma “lógica de economia de escala”, o que acaba por definir sua concentração em municípios maiores ou naqueles que se configurem como polos regionais. Lembrando que no Brasil, de acordo como Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022, 70,6% dos municípios tem até 20.000 habitantes, o que significa 3.935 municípios do total dos 5.570 existentes.

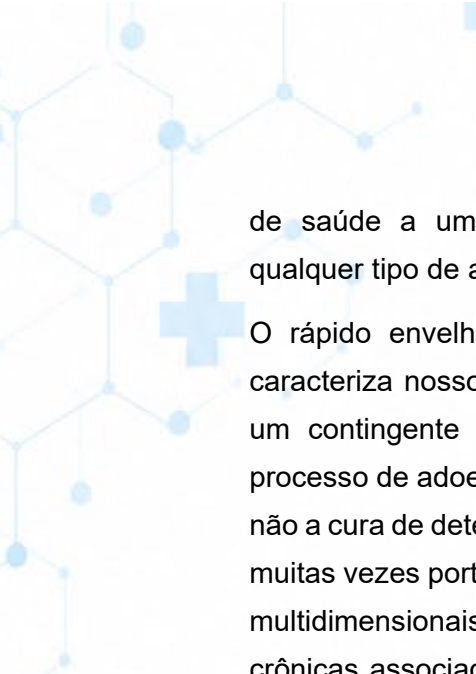
As observações até aqui elencadas, já são suficientes para expressar a importância da regionalização do SUS no Brasil, mas para entendermos a complexidade envolvida nesse processo de regionalização e como ele deve se pautar para garantir uma boa resposta do sistema às necessidades de saúde dos brasileiros, devemos, também, considerar a importância cada vez maior de se perseguir, concomitantemente, a integração do SUS em âmbito regional.

A IMPORTÂNCIA DA INTEGRAÇÃO DO SISTEMA

Durante as últimas décadas, observou-se uma mudança significativa no quadro de necessidades de saúde dos brasileiros, o que vem exigindo grandes ajustes nos sistemas de saúde aqui existentes, além daqueles colocados pela incorporação de novos conhecimentos científicos e de novas tecnologias.

Esse novo quadro de necessidades de saúde que se expressa através de processos importantes tanto de transição demográfica como epidemiológica, tem entre seus determinantes: a melhoria da qualidade de vida da população em geral, mesmo que ainda persistam segmentos importantes em situação de grande vulnerabilidade social; mudanças importantes no modo de viver, numa sociedade impactada pela globalização e pela presença maciça das tecnologias de informação e comunicação; o impacto proporcionado pelo importante desenvolvimento científico e tecnológico, sob todo o setor saúde característico das sociedades contemporâneas que levou ao aperfeiçoamento dos processos diagnósticos e terapêuticos proporcionando maior eficiência e eficácia das intervenções clínicas e cirúrgicas, com melhoria nos prognósticos e na qualidade de vida dos pacientes, favorecendo a maior sobrevivência; e, sem dúvida, a melhoria do acesso a serviços de saúde ofertados pelo SUS, que mesmo com vários limites ainda existentes, conseguiu garantir a oferta de cuidados





de saúde a um grande contingente populacional, anteriormente, excluído de qualquer tipo de assistência.

O rápido envelhecimento populacional observado em nossa sociedade e que caracteriza nosso processo de transição demográfica, acabou por trazer ao SUS, um contingente de idosos, com necessidades específicas relacionadas a seu processo de adoecimento e recuperação, no qual comumente se busca o controle e não a cura de determinado agravo ou patologia. São por outro lado mais vulneráveis, muitas vezes portadores de incapacidades funcionais e necessitam de intervenções multidimensionais e intersetoriais. Por serem portadores de uma ou mais doenças crônicas associadas ou não a outras incapacidades funcionais, os idosos utilizam diversos serviços de saúde de forma mais intensiva e prolongada, serviços esses, normalmente prestados por distintos provedores, com características próprias e peculiares e que contam com profissionais de diferentes categorias e de diversificada formação.

Já no que diz respeito ao processo de transição epidemiológica, cabe observar: o recrudescimento ou o surgimento de novas doenças infecto contagiosas; o aumento das causas externas; e a predominância absoluta de condições crônicas, que exigem para seu enfrentamento o desenvolvimento de atividades relacionadas a prevenção de riscos e agravos; o estímulo ao autocuidado; abordagens multiprofissionais integradas; e, a garantia de continuidade assistencial.

Esse novo quadro de necessidades de saúde dos brasileiros, está, portanto, a exigir, um grande aperfeiçoamento do SUS, com ênfase na sua integração, tanto em âmbito sistêmico como no de serviços de saúde e das práticas profissionais que aí se desenvolvem, já que hoje, como um sistema fragmentado, ele dificulta o acesso, gera descontinuidade assistencial e compromete a integralidade da atenção ofertada.

Um novo modelo de atenção no SUS que permita melhor responder as necessidades de saúde dos brasileiros deve, necessariamente, ser configurado como um sistema integrado, que, numa dimensão macro (sistêmica) e, respeitando a autonomia de gestão de cada município, consiga articular suas práticas na perspectiva de estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) a partir da Atenção Primária a Saúde (APS) e, de sua articulação com serviços especializados de referência existentes na região, propiciando, inclusive, a melhor utilização desses serviços.

Esse processo de estruturação de Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) deve ser entendido como uma estratégia central de integração do SUS para enfrentar a fragmentação da atenção. E se concretiza ao articular serviços que produzem procedimentos de diferentes níveis de complexidade existentes na região, visando ampliar o acesso; promover a oferta qualificada de cuidado e o uso racional de recursos disponíveis, para assegurar a integralidade, a equidade e a continuidade do cuidado. Nessa perspectiva, as tecnologias de informação e comunicação, hoje disponíveis, apresentam-se como instrumentos potentes para facilitar essa integração do sistema.

7

Trata-se, portanto, de regionalizar para integrar.

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de atenção à saúde são entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Esse conceito encontra-se expresso de forma bastante semelhante nos vários documentos oficiais que vêm orientando o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Em documento editado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), rede de atenção à saúde é considerada:

[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010 apud OPAS, 2011, p. 15).

Já na Portaria 4279 editada pelo Ministério da Saúde em 31 de dezembro de 2010 onde consta a seguinte definição de Rede de Atenção à Saúde:

“Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

A quase unanimidade referente a esse conceito se expressa também no entendimento que instituições e estudiosos têm tido sobre a importância da APS como organizadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de

estruturação das RRAS, o fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia.

De qualquer forma, podemos dizer que, guardadas as diferenças de cada território, existe um amplo processo em curso no país, de regionalização e integração do SUS que se concretiza através da estruturação de RRAS. Nesse sentido, vale ressaltar tratar-se de um caminho assertivo, porém como um conjunto de desafios a serem enfrentados para sua consolidação no país como um todo.

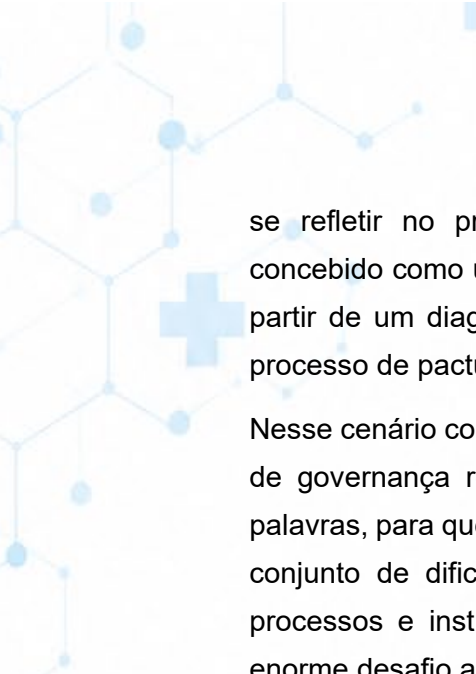
Desafios a serem enfrentados no processo de estruturação de RRAS do SUS

Antes de elencar os principais desafios, a nosso ver existentes, que devem ser, necessariamente, enfrentados na perspectiva de estruturação das RRAS, faz-se necessário considerar que esse processo de estruturação acontece num cenário muito complexo, marcado não só pela enorme diversidade regional existente no país conforme já tivemos oportunidade de nos referir, mas, também, pelo crônico subfinanciamento do SUS existente desde sua criação com um impacto muito negativo sobre seu desenvolvimento e, pela existência de um sistema federativo, constitucionalmente estabelecido, no qual união, estados e municípios são definidos como entes federados autônomos, o que exige um grande esforço de articulação dos gestores para que o SUS aconteça. Além disso, há que se considerar o enorme centralismo federal existente o que contribui, sobremaneira, para a falta de autonomia dos estados e municípios e, que acaba por estabelecer um clima pouco cooperativo e favorável as necessárias pactuações regionais do SUS.

Em relação aos desafios e sem a pretensão de elencar todos eles, podemos então dizer, que existem hoje, no âmbito do próprio SUS, um conjunto de questões, que necessitam ser enfrentadas para que se avance com os processos de regionalização e integração sistêmica.

A falta de um modelo potente de governança regional do sistema, se apresenta como uma delas. Vale considerar que no Brasil, “região” não é reconhecida no sistema federativo e nem possui personalidade jurídica própria, ao contrário de união, estados e municípios.

Já, as Comissões Intergestores Regionais (CIR), concebidas como instâncias de governança regional, frequentemente apresentam fragilidades institucionais e acabam, muitas vezes, estabelecendo pactuações voltadas a resolução mais imediata de grandes estrangulamentos que comprometem o acesso, deixando de lado a tomada de decisões mais estratégicas, com lógica regional. Isso acaba por



se refletir no processo planejamento regional integrado (PRI), originalmente, concebido como um mecanismo estratégico para apoiar a estruturação de RRAS a partir de um diagnóstico bem fundamentado da região de saúde; de um robusto processo de pactuação regional; e, de acompanhamento permanente.

Nesse cenário complexo, faz-se necessário estabelecer mecanismos bem definidos de governança regional para que a regionalização se consolide ou, em outras palavras, para que se consiga, efetivamente, estruturar RRAS potentes. Superar um conjunto de dificuldades que interferem na necessária definição de estruturas, processos e instrumentos de governança regional, constitui-se sem dúvida, um enorme desafio a ser enfrentado.

Uma outra questão presente, diz respeito a necessária identificação e superação dos entraves hoje existentes que interferem negativamente no desenvolvimento das atividades de regulação de acesso que devem ser entendidas como mecanismos de apoio, essenciais para o bom funcionamento das RRAS. A coexistência de múltiplos “sistemas regulatórios”, na maioria das vezes desarticulados entre os níveis municipal, estadual e federal, dificulta o acesso, favorece a formação de filas paralelas e, a utilização de práticas informais de encaminhamento. Isso sem contar que induzem o aumento da “judicialização da saúde”, comprometendo o respeito aos princípios do SUS. Portanto, superar os determinantes dessa fragmentação existente entre os mecanismos de regulação de acesso utilizados, em cada região, apresenta-se como uma medida mais que necessária para todos aqueles que se comprometem a contribuir com a estruturação de RRAS. E nesse sentido, vale lembrar, mais uma vez, da importância da boa utilização das tecnologias de informação e comunicação que favorecem muito o aperfeiçoamento dessas atividades de regulação de acesso.

Destacamos, também, questões existentes, relacionadas a utilização dos sistemas de informação em saúde na perspectiva do apoio, monitoramento e avaliação de todo o processo de estruturação e desenvolvimento das RRAS. A baixa interoperabilidade entre os sistemas utilizados e a predominância do uso restrito das informações para fins administrativos e de faturamento, limitam a capacidade de acompanhar o percurso do usuário no sistema e o desenvolvimento de atividades em cada ponto de atenção ou de apoio diagnóstico e, de avaliar a adequação do cuidado ofertado pela RRAS. Por outro lado, a fragilidade da cultura avaliativa compromete a tomada de decisão baseada em evidências e a definição dos ajustes necessários em cada RRAS a partir de seus resultados.

No que diz respeito à força de trabalho em saúde, persistem as desigualdades já apontadas na distribuição de profissionais, especialmente de médicos especialistas, entre as várias regiões, o que dificulta a configuração das RRAS. Além disso, a alta rotatividade dos trabalhadores e a formação, predominantemente, hospitalocêntrica dificultam o desenvolvimento de práticas colaborativas e de atividades multiprofissionais integradas, essenciais ao bom funcionamento das RRAS e, particularmente, ao enfrentamento das condições crônicas. Nesse sentido, ajustar os modelos de formação profissional e promover atividades de educação permanente nas RRAS, tornam-se imperativos.

10

Concluindo, podemos dizer que a regionalização e integração do SUS que devem ser perseguidas através da estruturação de RRAS, exigem em cada estado, a definição de um conjunto de estratégias que, respeitando as necessidades de saúde e as características do SUS em cada região, consiga com o apoio dos três entes federados, prioritariamente:

- a) Estabelecer, sob comando das SES e com participação efetiva das SMS de cada região, a configuração inicial e/ ou ajustes das RRAS em cada estado, através de processos altamente participativos, com fundamentação técnica e, respeito a todos os fundamentos e normatizações do SUS;
- b) Fortalecer a governança regional com:
 - valorização das CIR;
 - amadurecimento dos processos de planejamento regional com estímulo a articulação entre PDR, PDI, Programações Pactuadas e Planos Municipais.
 - implantação, integração (interoperabilidade) e uso pleno dos sistemas de informação existentes na região como suporte as RRAS.
 - estabelecimento de estruturas de governança em cada RRAS -: Comitê Executivo de Governanças das Redes de Atenção à Saúde – CEGRAS
- c) Estimular a integração dos processos de regulação de acesso, integrando os sistemas informatizados; definindo grupos gestores no âmbito de cada estado; estabelecendo critérios clínicos comuns incluindo de classificação de riscos; unificando e qualificando as filas; etc.
- d) Qualificar a APS para que possa desempenhar, efetivamente, seu papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das RRAS;

- e) Estimular a utilização de modalidades de contratualização baseada em resultados, com ênfase em indicadores de qualidade, desfechos em saúde e integração assistencial.
- f) Estimular a implantação de Linhas de Cuidado à portadores de agravos ou patologias de maior prevalência em cada região; e,
- g) Incorporar a utilização de todos os recursos digitais disponíveis para aprimorar a oferta de cuidados em todos os pontos de atenção: matriciamento; segunda opinião; teleconsultas; teleorientação; prontuário eletrônico; marcação de consultas; etc.
- h) Desenvolver processos robustos de Educação Permanente em Saúde envolvendo todos os trabalhadores do SUS através da definição de Planos Estaduais, voltados a essa finalidade.

Tais medidas são fundamentais para que as RRAS possam materializar, de forma concreta, respeitando os princípios do SUS, avançando com a regionalização e a integração do sistema e, fundamentalmente, respondendo às necessidades de saúde da população brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de todas as ideias aqui apresentadas a respeito da importância da regionalização e da integração do SUS, ressaltando, mais uma vez, nosso entendimento sobre a relevância da atuação desse Conselho Estadual de Saúde para a consolidação desses processos no SUS na Bahia e respeitando as atribuições que lhe são conferidas e que se encontram expressas no seu Regimento Interno, finalizamos este texto, deixando um conjunto de questionamentos dirigidos aos senhores Conselheiros, no sentido de propiciar a discussão e a definição de iniciativas que venham a favorecer esses processos. São eles:

- a) Sendo o SUS é um sistema historicamente subfinanciado, como o CES pode se manifestar a esse respeito e como poderia aprimorar o acompanhamento da execução orçamentaria da saúde no estado?
- b) Tendo em vista que as necessidades de saúde da população no estado se alteraram drasticamente nas últimas décadas, o que tem exigido grandes mudanças no sistema: integração nos três âmbitos, fortalecimento da AB e maior incorporação de tecnologias de informação, como o Conselho está

discutindo e acompanhando o processo de regionalização e de configuração de RRAS no estado?

- c) Quais são as estratégias definidas e os investimentos que vem sendo realizados na perspectiva de melhorar a capacidade instalada de serviços especializados (ambulatoriais e hospitalares) no estado com ênfase em: Hospitais Regionais; “revocacionamento” dos HPP; funcionamento das centrais de regulação; ampliação da utilização de tecnologias digitais; etc. Como acompanhar esse processo?
- d) Quais são as estratégias definidas e os investimentos que vem sendo feitos para fortalecimento da AB por parte da SES? Como acompanhar esse processo?
- e) Como está avançando a Saúde Digital no Estado? Há plano de desenvolvimento que se possa acompanhar enquanto CES?
- f) Quais os investimentos da SES na capacitação dos profissionais do SUS no estado? Considerar a abundância de iniciativas isoladas, a presença de importantes instituições formadoras e a existência ou não, de um Plano Estadual de Educação Permanente.
- g) Como o CES pode acompanhar, sistematicamente, as queixas dos usuários e como potencializar a utilização de canais com essa finalidade?

12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em janeiro 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 18 jan. 2020

BRASIL. Lei 8.080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 18 jan. 2020

BRASIL, Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e

acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em 18 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 373 de 27 de Fevereiro 2002. Anexo – Norma Operacional de Assistência à Saúde. [Acesso em 18 jan. 2023].

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de Fevereiro 2006- Pacto pela Saúde. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [Acesso em 23 jan. 2023].

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Acesso em 18 jan. 2023]. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR) Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR) Comissão Intergestores Tripartite. Resolução de Consolidação CIT nº 1, de 30 de março de 2021.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. Política e gestão pública em saúde. Rio de Janeiro, RJ: HUCITEC/ABRASCO, 2011.

Presidência da República (BR) Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: Editora ESP/MG, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC.: OPAS, 2010 (SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas nº4).



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS; NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS; PROGRAMA DE ESTUDOS EM SISTEMA DE SAÚDE. Avaliação do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Campinas visando ao desenvolvimento de redes de atenção à saúde. Campinas: UNICAMP, junho de 2007. (Relatório de pesquisa FAPESP - fase1).