Legislação Estruturante do SUS

Este projeto é uma parceria do CONASS com o Ministério da Saúde

livro12VANESSA.indd 1 2/21/aaaa 10:24:05

livro12VANESSA.indd 2 2/21/aaaa 10:24:05

CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

volume 12

Legislação Estruturante do SUS

COLEÇÃO PROGESTORES | PARA ENTENDER A GESTÃO DO SUS

Brasilia, 2007 - 1ª edição

livro12VANESSA.indd 3 2/21/aaaa 10:24:05

Copyright 2007 – 1ª Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

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

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do CONASS, www.conass.org.br.

A Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS faz parte do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS.

Tiragem: 5000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

528 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 12)

ISBN 978-85-89545-20-4

1. SUS (BR). 2. Legislação Estruturante do SUS. I Título.

NLM WA 525

CDD – 20. ed. – 362.1068

Equipe de elaboração

Concepção e Coordenação da Coleção

Regina Helena Arroio Nicoletti

René Santos

Renilson Rehem

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Coordenação do Livro

Regina Helena Arroio Nicoletti

Ricardo F. Scotti

Elaboração

Regina Helena Arroio Nicoletti

Ricardo F. Scotti

Revisão

Ana Paula Pedrosa

Gisela Avancini

Edição

Adriane Cruz

Vanessa Pinheiro

Projeto gráfico

Fernanda Goulart

Imagem capa

Mário Azevedo

livro12VANESSA.indd 5 2/21/aaaa 10:24:06

Diretoria do CONASS - 2006/2007

Presidente

Jurandi Frutuoso Silva

Vice-presidente Região Norte

Fernando Agostinho Cruz Dourado

Vice-presidente Região Nordeste

José Antônio Rodrigues Alves

Vice-presidente Região Centro-Oeste

Augustinho Moro

Vice-presidente Região Sudeste

Luiz Roberto Barradas Barata

Vice-presidente Região Sul

Cláudio Murilo Xavier

livro12VANESSA.indd 6 2/21/aaaa 10:24:06

Secretários Estaduais de Saúde

AC - Suely de Souza Mello da Costa

AL - André Valente

AP - Abelardo da Silva Vaz

AM - Wilson Duarte Alecrim

BA - Jorge José Santos Pereira Solla

CE - João Ananias Vasconcelos Neto

DF - José Geraldo Maciel

ES - Anselmo Tose

GO - Cairo Alberto de Freitas

MA - Edmundo da Costa Gomes

MT - Augustinho Moro

MS - Beatriz Figueiredo Dobashi

MG - Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

PA - Halmélio Alves Sobral Neto

PB - Geraldo de Almeida Cunha Filho

PR - Cláudio Murilo Xavier

PE - Jorge Gomes

PI - Tatiana Vieira Souza Chaves

RJ - Sérgio Luis Côrtes

RN - Adelmaro Cavalcanti Cunha Júnior

RS - Osmar Terra

RO - Milton Luiz Moreira

RR - Eugênia Glaucy Moura Ferreira

SC - Luiz Eduardo Cherem

SP - Luiz Roberto Barradas Barata

SE - Rogério Carvalho

TO - Eugênio Pacceli de Freitas Coelho

livro12VANESSA.indd 7 2/21/aaaa 10:24:06

Secretaria Executiva do CONASS

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso Silva

Coordenadorores

Regina Helena Arroio Nicoletti

Ricardo F. Scotti

René Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Assessores Técnicos

Adriane Cruz, Déa Carvalho, Eliana Dourado, Gisele Bahia, Júlio Müller, Lívia Costa da Silveira, Lore Lamb, Luciana Tolêdo Lopes, Márcia Huçulak, Maria José Evangelista, Maria Luísa Campolina Ferreira, Ricardo Rossi, Rodrigo Fagundes Souza e Viviane Rocha de Luiz.

Assessora de Comunicação Social

Vanessa Pinheiro

livro12VANESSA.indd 8 2/21/aaaa 10:24:06

SUMÁRIO

Apresentação 12

Introdução 14

1ª PARTE - EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO 17

1 Breve história do Sistema Único de Saúde 20

1.1 Antecedentes 20

1.2 A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) 28

2 Principais Leis e Atos Normativos que estruturaram o SUS 34

2.1 As normas operacionais básicas da era Inamps 35

2.2 A extinção do Inamps 37

2.3 A Norma Operacional Básica de 1993 37

2.4 O repasse fundo a fundo 38

2.5 O Sistema Nacional de Auditoria 39

2.6 A Norma Operacional Básica de 1996 39

2.7 A Emenda Constitucional n. 29 de 2000 41

2.8 As normas operacionais da assistência à saúde (NOAS) 43

3 O Pacto Pela Saúde – 2006 46

3.1 O Pacto em Defesa do SUS 47

3.2 O Pacto pela Vida 48

3.3 O Pacto de Gestão 49

3.4 Principais portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde 49

4 Conclusão 52

2ª PARTE: TEXTOS DE REFERÊNCIA NA ÍNTEGRA 55

1 Lei n. 1.920, de 25 de julho de 1953 (Pubicada no Diário Oficial da União de 29/07/1953) 56

2 Declaração de Alma-Ata 59

3 Constituição Federal de 1988 63

4 Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 65

5 Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Publicada no Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 1990) 85

6 Decreto n. 99.060, de7 de março de 1990 (Publicado no Diário Oficial da União de 8 de março de 1990) 88

7 Norma Operacional Básica NOB/1991 89

8 Norma Operacional Básica NOB/1992 103

9 Extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) 126

10 Norma Operacional Básica – NOB/SUS 01/1993 132

11 Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994, regulamenta o repasse fundo a fundo (Publicado no Diário Oficial da União de 31 de agosto de 1994) 151

12 Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. 154

13 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - Nob 1/96 160

livro12VANESSA.indd 10 2/21/aaaa 10:24:06

14 Emenda Constitucional n. 29, de 13 de dezembro de 2000 (Publicada no Diário Oficial da União dia 14 de setembro de 2000) 204

15 Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 1/2001 208

16 Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 1/2002 246

17 Pacto pela Saúde 2006 - Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006 (Publicada no Diário Oficial da União de 23 de fevereiro de 2006) 357

18 Pacto pela Saúde 2006 - Portaria GM/MS n. 699 de 30 de março de 2006 (Publicada no Diário Oficial da União de 3 de abril de 2006) 427

19 Pacto pela Saúde 2006 - Portaria GM/MS n. 3.085, de 1° de dezembro de 2006 (Publicada no Diário Oficial da União do dia 4 de dezembro de 2006) 494

20 Pacto pela Saúde 2006 - Portaria GM/MS n. 3.332, de 28 de dezembro de 2006 (Publicada no Diário Oficial da União de 29 de dezembro de 2006) 499

21 Pacto pela Saúde 2006 - Portaria GM/MS n. 204 de 29 de janeiro de 2007 (Publicadano Diário Oficial da União de 31 de janeiro de 2007) 504

Referência Bibliográfica 525

Apresentação

O Sistema Único de Saúde (SUS) em pouco mais de uma década e meia de existência tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de Saúde de enorme relevância e apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira. Para tanto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) organizou e participou ativamente, nesses seus 25 anos de existência, de um sem-número de debates, seminários, cursos e fóruns com atores do SUS e também com outros importantes segmentos da sociedade, mídia e formadores de opinião pública.

O CONASS aprofunda esse tema, bem como os principais problemas que deveremos enfrentar agora e futuramente, na publicação de dezembro de 2006 – SUS: avanços e desafios. Sem falsa modéstia, a leitura dessa obra é indispensável para os que estudam gestão de sistemas de Saúde e militam no SUS.

O Ministro da Saúde, Agenor Álvares, na abertura do XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), no Rio de Janeiro, em agosto de 2006, afirmou:

> Estamos construindo o SUS, há dezoito anos. Sem dúvida a maior e mais ousada política de Estado no Brasil. Política de Estado e não de governo, porque os avanços significativos no sistema e sua adequação aos preceitos constitucionais foram conquistados por meio do estreitamento das parcerias entre os governos federal, estaduais e municipais com o objetivo de ampliar o acesso da população à saúde. [...] Foi implantado em um cenário de grande dívida social e marcado por distorções próprias do pacto federativo brasileiro, as quais, em conseqüência, terminam por estabelecer constrições na estabilidade orçamentária do sistema.

O Presidente Lula, na mesma ocasião, manifestou surpresa com o suprapartidarismo da Saúde, ao constatar e testemunhar, como deputado constituinte, que "em torno desta causa se associam todos os partidos políticos, tendências e espectros ideológicos, irmanados tão somente no desejo da construção de um sistema universal e eqüitativo".

livro12VANESSA.indd 12 2/21/aaaa 10:24:06

Esta genial arquitetura política e administrativa – que é o SUS –, forjada na Constituição de 1988, não tem paralelo no mundo e nem em outros setores da administração brasileira.

Tal desafio não poderia deixar de ser complexo. Além do mais, não bastava ser legal, seria preciso legitimá-lo à sociedade brasileira.

Além da união inédita dos atores políticos necessários à criação do SUS, exigiu-se muita criatividade para dotá-lo de um aparato jurídico-institucional na Assembléia Nacional Constituinte nos anos seguintes e até hoje.

Uma síntese da trajetória histórica do sistema de Saúde, brasileiro desde 1930 até os dias atuais contextualizando as principais leis e atos normativos é o objeto da primeira parte deste livro. Na segunda parte apresentamos na íntegra estes textos.

Acreditamos, deixando de lado a falsa modéstia, que esta coleção de livros Para entender a gestão do SUS integrante do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS é um importante legado que o CONASS deixa àqueles que não tiveram a felicidade histórica de viver a criação e primeiros passos do SUS.

Com certeza, conhecendo melhor os gestores, estaremos contribuindo para que os atuais e os futuros possam aprimorar este sistema único, além de estarem mais bem capacitados para enfrentar seus desafios.

Jurandi Frutuoso Silva

Presidente do CONASS

livro12VANESSA.indd 13 2/21/aaaa 10:24:06

Introdução

No início de 2003, para bem receber os novos Secretários Estaduais de Saúde, nomeados pelos governadores eleitos em 2002, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) lançou, em parceria e com apoio de co-financiamento do Ministério da Saúde, o Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003.

A repercussão do Programa foi muita positiva, criando uma grande demanda das Secretarias Estaduais de Saúde e de outras instituições por informações essenciais para a gestão, capacitação de equipes técnicas em temas específicos, detalhamento e orientações sobre os atos normativos e políticas do SUS.

Assim, esse Programa tornou-se um eixo permanente e prioritário de atuação do CONASS, adequando sua denominação para Programa de Informações e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS – Progestores.

A partir disso, o Programa integra-se, com igual importância, ao primeiro eixo de atuação do CONASS, que é o da representação técnica e política do Conselho em relação aos demais gestores, à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), a outros órgãos do governo federal e aos poderes Legislativo e ao Judiciário.

Em 2006, o CONASS criou, no âmbito de sua Secretaria Executiva, uma Coordenação de projetos específica para articular e promover as ações e atividades do Progestores.

livro12VANESSA.indd 14 2/21/aaaa 10:24:07

Desse modo, considerando que um novo grupo de Secretários tomou posse em janeiro de 2007, com significativas mudanças nas respectivas equipes técnicas, o CONASS novamente preparou uma digna recepção a esses gestores e um conjunto de iniciativas:

a) Na assembléia do dia 7 de fevereiro de 2007 – apresentação e entrega a cada um dos 27 Secretários Estaduais de Saúde:

- Documento preparado especialmente para cada Secretaria, com uma coletânea de Informações para a gestão estadual do SUS;
- Livro do CONASS, lançado em dezembro de 2006: SUS – avanços e desafios; e
- Estatuto do CONASS e informações sobre sua organização e funcionamento.

b) Nos dias 28 de fevereiro e 1º de março de 2007 – atividade intensiva, para acolher os novos Secretários e suas equipes, constituída de:

- Lançamento da coleção de 12 livros intitulada Para entender a gestão do SUS;
- Lançamento de um livro dos 25 anos que o CONASS completou em fevereiro de 2007;
- Seminário com as nove Câmaras Técnicas do CONASS (Assistência Farmacêutica; Atenção Primária; Atenção à Saúde; Comunicação Social; Epidemiologia; Gestão e Financiamento; Informação e Informática; Recursos Humanos e Vigilância Sanitária), composta por representantes de cada Secretaria Estadual de Saúde para que se atualizem nos respectivos temas;

No período 2003-2006, um dos livros mais consultados foi o de Legislação do SUS. Assim, para 2007 atualizamos as informações e a forma de sua apresentação:

Este livro 12 da Coleção Progestrores – Para entender a gestão do SUS – foi denominado Legislação estruturante do SUS.

Procurou-se, na primeira parte deste livro, contextualizar a legislação considerada fundamental para a criação e implementação do SUS com uma síntese da história do sistema de Saúde brasileiro, a partir do início do século XX, enfatizando a criação e implantação do SUS, a conjuntura em que foram editados as principais leis e atos normativos, bem como uma reflexão sobre o SUS real demonstrando ainda a segmentação do sistema.

livro12VANESSA.indd 15 2/21/aaaa 10:24:07

Na segunda parte, estão apresentados, na íntegra, os textos desta legislação citada.

Por fim, considerando que a legislação completa não ficaria adequada em publicação em papel, pelo seu volume e extrema dinâmica, ela será apresentada como uma listagem com suas respectivas ementas no site do CONASS – www.conass.org.br – permitindo também, por meio de links diretos, acessar na íntegra cada ato normativo.

Que este livro seja muito útil a todos.

livro12VANESSA.indd 16 2/21/aaaa 10:24:07



1ª Parte

Evolução do Sistema de Saúde Brasileiro

livro12VANESSA.indd 17 2/21/aaaa 10:24:07

livro12VANESSA.indd 18 2/21/aaaa 10:24:07



1

Breve História do Sistema Único de Saúde

1.1 Antecedentes
1.2 A criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

1 Breve História da Criação do SUS

1.1 Antecedentes

Para o entendimento dos condicionantes e determinantes do modelo de organização do sistema de Saúde brasileiro vigente, é relevante destacar alguns aspectos de sua evolução histórica.

O período anterior a 1930 caracterizou-se pela predominância do modelo liberal privado tradicional – assistência médica individual oferecida pelas Santas Casas e instituições de caridade a quem não podia pagar ou por médicos tipicamente liberais mediante remuneração direta.

No início do século XX, a economia brasileira na época era essencialmente agrária e exportadora. A preocupação dos governantes era com o saneamento dos espaços pelos quais circulavam produtos e mercadorias para exportação e com o controle de doenças que poderiam vir a prejudicar o comércio exterior.

Rodrigues Alves (1902-1906), ao assumir a Presidência da República, tinha como meta de seu governo o saneamento e o melhoramento dos portos do Rio de Janeiro e Santos. Para enfrentar a caótica situação sanitária, convidou para diretor do Departamento Federal de Saúde Pública o médico Oswaldo Cruz.

livro12VANESSA.indd 20 2/21/aaaa 10:24:07

Surgiu então o modelo de intervenção "sanitarista campanhista", pela ação direta do Estado, com uma visão militar para combater às doenças de massa e acabar com as grandes endemias que prejudicavam as exportações, como a cólera, a varíola e a febre amarela.

Em razão das greves ocorridas em 1917 (Presidente Wenceslau Brás) e 1919 (Presidentes Delfin Moreira e Epitácio Pessoa), os trabalhadores conquistaram em 1923 (Presidente Arthur Bernardes) a Lei Elói Chaves, que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP) – um modelo restrito ao âmbito de grandes empresas e possuíam administração própria para seus fundos. Outros trabalhadores se organizaram em Associações de Auxílio Mútuo para atender aos problemas de doenças invalidez no trabalho e na morte

A revolução de 1930 (Presidente Getúlio Vargas 1930-1945) – que implica a substituição do poder da oligarquia rural pelo populismo – introduz importantes mudanças no setor Saúde, com a crescente intervenção do Estado, assumindo novo papel social. Entram em cena novos segmentos anteriormente marginalizados, principalmente o trabalhador urbano, produto do processo de industrialização.

Neste contexto, surge a Previdência Social, atuando por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) das diversas categorias profissionais, como por exemplo: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (Iapetec) e, Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários.

A partir disso, são desenvolvidos diferentes modelos de atendimento, com racionalidades distintas e atendendo a interesses contraditórios, como política de conciliação de classes do estado populista.

No período de 1930 a 1950, foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde, cujas ações ainda eram desenvolvidas pelo Ministério da Educação:

• A primeira foi realizada em 1941, convocada pelo então Ministro da Educação, Gustavo Capanema, cumprindo o disposto na Lei nº 378 de 1937 (Presidente da República: José Linhares – 1945-1946); e
• A segunda foi realizada em 1950, convocada pelo então Ministro da Educação, Pedro Calmon (Presidente da República: Eurico Gaspar Dutra – 1946-1951).

livro12VANESSA.indd 21 2/21/aaaa 10:24:07

Em 1953, foi criado, pelo Presidente da República, Carlos Luz, o Ministério da Saúde, desmembrando-o do Ministério da Educação (**Lei nº 1920 de 25 de julho**), tendo como seu primeiro ministro, Antônio Balbino de Carvalho Filho. (**Texto na íntegra n. 1**)

A partir do final dos anos 1950, inicia-se no Brasil um novo processo de transformações caracterizado por um movimento de "modernização" do setor Saúde. Este movimento insere-se no processo de modernização de toda a sociedade brasileira, que pode ser entendido como aprofundamento do desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo fundamental a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços.

A III Conferência Nacional de Saúde, realizada somente em 1963, foi convocada pelo Ministro Wilson Fadul e teve como temas: a situação sanitária do país; a municipalização e a distribuição dos serviços por nível federal estadual e municipal (Presidente da República: João Goulart, 1961- 1964).

Em março de 1964, mediante um golpe militar se instala no Brasil o período mais repressor, dominador e autoritário da história brasileira, com evidentes reflexos na política de Saúde (Presidente Castelo Branco,1964-1967).

A IV Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 1967 convocada pelo Ministro Leonel Miranda. Primeira conferência após o golpe militar, teve pequena participação e limitou-se ao tema dos recursos humanos com ênfase em se identificar o tipo de profissional necessário às demandas do país (Presidente Castelo Branco,1964-1967).

O Plano Leonel Miranda, anunciado em dezembro de 1967, privilegia a medicina liberal e a livre empresa médica, indicando caminhos de favorecimento da privatização dos recursos geridos pelo Estado no setor. Propunha a privatização total do sistema de Saúde, com regime de livre escolha do médico e do hospital, bem como a participação compulsória e imediata do usuário no custeio dos serviços.

Em 1967, a unificação dos IAP no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) cria um mercado unificado para as ações que serão produzidas pelas empresas vendedoras de serviços médicos e fortalece o movimento de privatização do setor.

livro12VANESSA.indd 22 2/21/aaaa 10:24:07

Os custos da assistência médica e a eficiência do setor saúde tornaram-se uma questão de Estado, a partir da intensificação de desenvolvimento capitalista, pela incorporação de grandes contingentes de cidadãos com novos direitos e da crescente incorporação tecnológica, onerando extramente a atenção médica e tornando insuportável a manutenção do modelo.

No fim dos anos 1960, os gastos em assistência médica da Previdência Social já ultrapassavam os do complexo Ministério da Saúde/Secretarias Estaduais de Saúde.

Nos anos 1970, consolida-se a posição hegemônica da Previdência Social. A aceleração do crescimento da atenção médica da Previdência e o esvaziamento da "saúde pública" levam ao esgotamento do modelo e à busca de alternativas racionalizadoras de extensão de cobertura a um custo suportável pelo sistema, aparecendo, então, várias experiências, principalmente em áreas menos interessante à iniciativa privada.

Surgiram os primeiros projetos-piloto de medicina comunitária, realizados por instituições acadêmicas e Secretarias de Saúde.

Paralelamente, começavam a se desenvolver as primeiras experiências de municipalização da Saúde.

Nesses espaços de construção da medicina comunitária, foi gestado e difundido o movimento sanitário. Esse movimento, coordenado por grupos de intelectuais localizados em espaços acadêmicos e institucionais, articulados com partidos políticos de esquerda, constituiu-se na base político-ideológica da reforma sanitária brasileira.

Em 1971, foi criado, no âmbito da Previdência, o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (Funrural), que incorporava ao sistema a prestação de serviços à população rural. Seus serviços e benefícios eram, entretanto, quantitativa e qualitativamente inferiores aos prestados à população urbana, em razão de sua estrutura de financiamento (Presidente Emílio Garrastazu Médici, 1969-1974).

Em 1972, são iniciados na região de Saúde de Montes Claros, norte do Estado de Minas Gerais, estudos e um projeto experimental com objetivo de encontrar modelos de extensão de cobertura, acompanhado pelos Ministérios da Saúde e da Pre-

livro12VANESSA.indd 23 2/21/aaaa 10:24:08

vidência Social. Do sucesso deste projeto-piloto, na época, herdamos conhecimento e aprendizado que viriam mais tarde a se transformar em um programa nacional – o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).

Em 1974, grandes reformas administrativas na administração pública federal marcaram a criação do poderoso Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (Presidente Ernesto Geisel, 1974-1979).

Em 1975, foi promulgada a Lei nº 6.229 que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em uma tentativa de institucionalização e racionalização do modelo vigente sem, entretanto, enfrentar as contradições fundamentais do sistema. (Presidente Ernesto Geisel, 1974-1979 e Ministro Almeida Machado).

Entretanto, no mesmo ano (1975), realiza-se a V Conferência Nacional de Saúde, a segunda no regime militar, que explicita e reconhece este modelo dicotômico com dois grandes campos institucionais de ação: o Ministério da Saúde responsável pela "saúde coletiva" e o MPAS voltado para a assistência médica individual, principalmente pela compra e venda de serviços.

Surgiram, na segunda metade dos anos 1970, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), importantíssimas instituições que agregavam intelectuais e militantes do serviço que viriam a integrar o movimento da reforma sanitária.

Em 1975, foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), que foi implementado a partir de 1977, abrangendo a região nordeste do país. A concepção do PIASS implicou a necessidade de integração sistêmica de quatro ministérios (Saúde, Previdência, Interior e Planejamento) e de várias instituições prestadoras de serviços (Presidente Ernesto Geisel, 1974-1979 e Ministro Almeida Machado).

A VI Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1977, a terceira na ditadura militar, foi também convocada pelo Ministro Almeida Machado e teve uma temática variada e sem harmonia: 1) Extensão dos serviços de Saúde por meio dos serviços básicos; 2) Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal, em matéria de Saúde; 3) Interiorização dos serviços de Saúde; e 4) Política Nacional de Saúde (Presidente Ernesto Geisel, 1974-1979).

livro12VANESSA.indd 24 2/21/aaaa 10:24:08

Já emergiam críticas ao sistema e sinalizava a crise do financiamento com fim do "milagre econômico" brasileiro.

Ainda em 1977, cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), vinculando-se a ele o Inamps (Presidente Ernesto Geisel, 1974-1979).

As mudanças políticas e econômicas que ocorreram nos anos 1970 e 1980 do século XX determinaram o esgotamento desse modelo sanitário.

Essas crises e o processo de redemocratização do país determinaram novos rumos nas políticas públicas e fizeram surgir, na arena sanitária, sujeitos sociais que propugnavam um modelo alternativo de atenção à saúde.

Em setembro de 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS) e que "expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da Saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a Saúde de todos os povos do mundo", formulou a **Declaração de Alma-Ata** (Representante do governo brasileiro: ministro da Saúde, Almeida Machado). (**Texto na intégra n. 2**)

A leitura do texto desta Declaração nos mostra como, em 1978, as principais preocupações e prioridades apresentadas na Conferência continuam absolutamente atuais e ainda constituem-se desafios sobre os quais nos debruçamos na gestão do SUS.

Em 1979, o Piass expandiu-se para todo o território nacional, adaptando-se o modelo do nordeste às peculiaridades de cada região do país (Presidente da República: General Figueiredo, 1979-1985 e Ministro Waldir Arcoverde).

O Piass talvez tenha sido a primeira grande experiência brasileira de extensão de cobertura, a baixo custo e com integração interinstitucional.

Portanto, ainda que a instituição formal do SUS tenha se dado na Constituição Federal de 1988, suas origens remontam muito antes, a partir da crise do modelo médico assistencial privatista que se tornou hegemônico na segunda metade do século XX, induzido pelo processo da industrialização brasileira.

O modelo médico assistencial privatista teve as seguintes características:

livro12VANESSA.indd 25 2/21/aaaa 10:24:08

• A extensão da cobertura previdenciária a segmentos economicamente integrados da população urbana;
• O privilegiamento da prática médica curativa e individual em detrimento das ações coletivas; e
• A criação de um complexo médico-industrial; e o deslocamento da prestação dos serviços médicos a entes privados lucrativos e não lucrativos.

A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1980, foi convocada pelo Ministro da Saúde, Waldir Arcoverde. Sob a influência da Conferência de Alma-Ata teve como tema Extensão das ações de saúde através dos Serviços Básicos. Naquele momento, o governo federal buscava legitimidade no setor Saúde e procurava negociar um pacto de transição política sem grandes traumas: a abertura lenta e gradual (Presidente João Figueiredo, 1979-1985).

Embora com o Piass tenham sido lançadas as grandes idéias que deveriam orientar a prática operacional do Sistema Nacional de Saúde, é com o programa PREVSAÚDE (1980) que os contornos do sistema se tornam mais nítidos. Ele incorpora o ideário do Piass como componente rural e avança bastante, principalmente no tocante a uma nova política de financiamento. Representa ainda um reconhecimento oficial da necessidade de reformulação de prioridades e alteração de uma política de Saúde que mantém em funcionamento um sistema caótico, elitista e corruptor.

As diretrizes de reorientação contidas, somadas aos outros interesses corporativos, tornam o PREVSAÚDE inaceitável para os setores privados de assistência médica. A forte reação gerada leva a sucessivas reformulações e esvaziamento do programa.

Os Secretários Estaduais de Saúde criaram em fevereiro de 1982 o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), tendo como seu primeiro presidente, o Secretário de Saúde de São Paulo, Adib Jatene (Presidente João Figueiredo, 1979-1985 e Ministro Waldir Arcoverde).

No fim deste ano, elegeram-se, em pleitos diretos, vários governadores de oposição ao regime militar e, com eles, passaram a ocupar espaços políticos e técnicos importantes nas Secretarias Estaduais de Saúde, participantes do movimento sanitário.

livro12VANESSA.indd 26 2/21/aaaa 10:24:08

Ainda em 1982, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social retoma as idéias de eficiência gerencial, já consolidadas, restabelecendo-se estratégias ainda mais interessantes à iniciativa privada.

A crise aguda da Previdência Social fez surgir, em 1983, no plano político-institucional, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), que teve nas Ações Integradas de Saúde (AIS) um de seus pilares.

As Ações Integradas de Saúde (AIS) foram implantadas em 1983 como um programa de atenção médica para áreas urbanas, em uma co-gestão entre o Inamps e as Secretarias Estaduais de Saúde. Entretanto, superando as características que poderiam torná-las mais um programa especial, converte-se em uma estratégia de reorganização do Sistema de Saúde (Presidente João Figueiredo, 1979-1985 e Ministro Waldir Arcoverde).

Em 1983, foram eleitos vários Prefeitos Municipais que deram alento ao movimento de municipalização da Saúde e aos encontros nacionais de Secretários Municipais de Saúde.

Em março de 1986, ocorreu o evento político-sanitário mais importante da segunda metade do século, a VIII Conferência Nacional de Saúde. Essa Conferência foi convocada pelo ministro Carlos Sant'ana, realizada sob a gestão do ministro Roberto Santos e nela foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de Saúde e tinha como temas oficiais: 1) Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento Setorial (Presidente José Sarney, 1985-1990).

Essa Conferência teve desdobramentos imediatos em um conjunto de trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988.

O relatório final da VIII Conferência colocou três grandes referenciais para a reforma sanitária brasileira:

a) Um conceito amplo de Saúde;
b) A Saúde como direito da cidadania e dever do Estado; e

livro12VANESSA.indd 27 2/21/aaaa 10:24:08

c) A instituição de um sistema único de Saúde, organizado pelos princípios da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação da comunidade.

Em 1987, com a assistência médica ainda no Inamps, foi implantado no executivo federal, um arranjo institucional denominado de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds) que tentou incorporar, em seu desenho, alguns dos elementos centrais da proposta da reforma sanitária: a universalização, a descentralização pela via da estadualização e a democratização das instâncias gestoras. O Suds foi contemporâneo da constituinte (Presidente José Sarney, 1979-1985 e Ministro Roberto Santos).

Em 1988, foi criado o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) – uma entidade que teve expressiva participação e igual importância do CONASS e do Ministério da Saúde na criação e consolidação do SUS (Presidente José Sarney, 1979-1985 e Ministro Borges da Silveira).

1.2 A criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

O processo constituinte conformou-se em um espaço democrático de negociação constante, desenvolvido ao longo das suas diversas etapas, em que um núcleo de congressistas progressistas desempenhou papel relevante, apoiado por intelectuais do movimento da reforma sanitária.

O texto final negociado incorporou as grandes demandas do movimento sanitário:

- A Saúde entendida amplamente como resultado de políticas econômicas e sociais;
- A Saúde como direito de todos e dever do Estado; e

livro12VANESSA.indd 28 2/21/aaaa 10:24:08

• A relevância pública das ações e serviços de Saúde; e a criação de um sistema único de Saúde, organizado pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade.

Criou-se, assim, na Constituição Federal promulgada em 5 de outubro de 1988 – Título VIII, da Ordem Social; Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da Saúde, artigos 196 a 200, o **Sistema Único de Saúde (SUS)** — (Ulysses Guimarães, presidente da Assembléia Nacional Constituinte; Presidente José Sarney, 1979-1985 e Ministro Borges da Silveira). (**Texto na íntegra n. 3**)

O ambiente constitucional era de forte rejeição à centralização imposta, autoritariamente, pelo regime militar. Por isso, associou-se descentralização com democratização e ampliaram-se os direitos sociais da cidadania, integrando, sob o conceito de seguridade social, a proteção de direitos individuais (previdência) à proteção de direitos coletivos (saúde e assistência social).

A descentralização se fez por meio da descentralização de competências e receitas tributárias para estados e municípios. Na Saúde, houve clara opção preferencial pela municipalização.

Dentre as muitas lições aprendidas nesse movimento de reforma sanitária, uma merece ser destacada: a mudança foi alcançada por um longo e duro movimento de politização da Saúde que articulou movimentos sociais, profissionais de Saúde, partidos políticos, universidades, instituições de Saúde e políticos, especialmente parlamentares.

Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se no período de 1989-1990, a **Lei nº 8.080 de setembro de 1990** – a chamada Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais (Presidente Fernando Collor de Melo, 1990-1992 e Ministro Alceni Guerra, 1990-1992). (**Texto na íntegra n.4**)

Os vetos presidenciais colocados em uma lei acordada no Congresso Nacional atingiram pontos fundamentais como a instituição dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

livro12VANESSA.indd 29 2/21/aaaa 10:24:08

Entretanto, uma intensa reação da sociedade civil organizada levou à **Lei 8.142, de dezembro de 1990** que no seu artigo 1º, regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (Presidente Fernando Collor de Melo e Ministro Alceni Guerra). (**Texto na íntegra n.5**)

No seu parágrafo 3º, a lei define a participação do CONASS e do Conasems no Conselho Nacional de Saúde. Nos artigos 2º a 4º, dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

A seção de Saúde da Constituição Federal e as Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 constituem respectivamente as bases jurídicas, constitucional e infraconstitucionais do SUS.

A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi a ruptura da separação que havia no sistema público de Saúde brasileiro entre os incluídos e ao não incluídos economicamente.

Para os incluídos, havia a saúde previdenciária a que tinham direitos os portadores da carteirinha do Inamps; para os não incluídos, restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes.

Em agosto de 1992, foi realizada a IX Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministro Adib Jatene (Presidente Fernando Collor de Melo, 1990-1992), que reforçava a municipalização, com o tema Saúde: a municipalização é o caminho.

Em setembro de 1996, foi realizada a X Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministro Adib Jatene (Presidente Fernando Henrique Cardoso, 1995-2003), que teve como tema: "SUS: construindo um modelo de atenção com qualidade de vida".

Em dezembro de 2000, foi realizada a XI Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Ministro José Serra (Presidente Fernando Henrique Cardoso, 1995-2003), que teve como tema: Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.

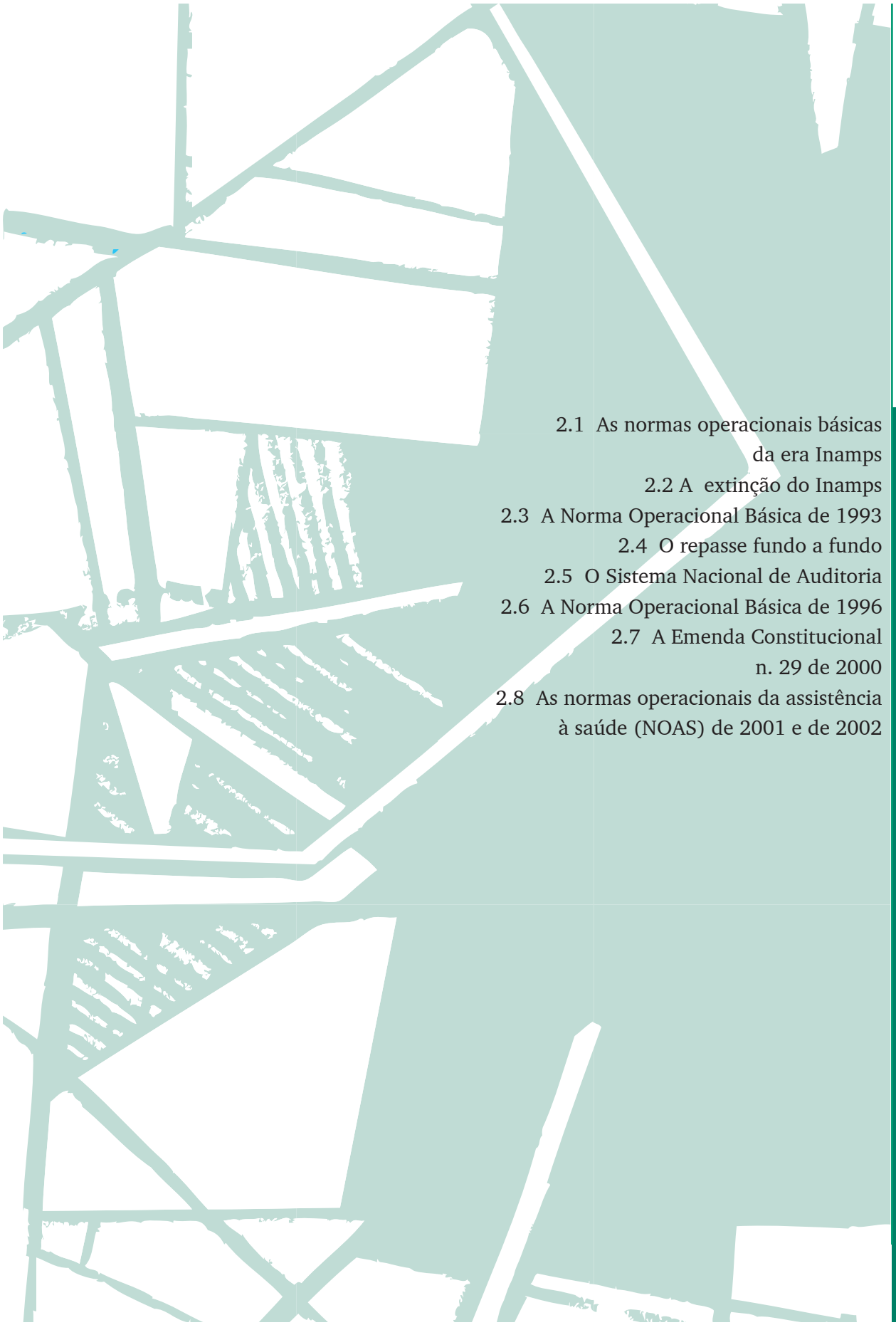
livro12VANESSA.indd 30 2/21/aaaa 10:24:08

Em dezembro de 2003, foi realizada a XII Conferência Nacional de Saúde – a "Conferência Sérgio Arouca", seu coordenador e falecido pouco antes de sua realização –, convocada pelo Ministro Humberto Costa e Presidente Lula, que teve como tema: Saúde: um direito de todos e um dever do estado – a saúde que temos e a saúde que queremos.

No capítulo 2, a seguir, apresentamos as principais leis e atos normativos que estruturaram o SUS, no período subseqüente à sua criação; no capítulo 3, é mostrada a mais recente reforma significativa no modelo de gestão do SUS, o Pacto pela Saúde.

livro12VANESSA.indd 31 2/21/aaaa 10:24:08

livro12VANESSA.indd 32 2/21/aaaa 10:24:08



2

Principais Leis e Atos Normativos que Estruturaram o SUS

2.1 As normas operacionais básicas da era Inamps
2.2 A extinção do Inamps
2.3 A Norma Operacional Básica de 1993
2.4 O repasse fundo a fundo
2.5 O Sistema Nacional de Auditoria
2.6 A Norma Operacional Básica de 1996
2.7 A Emenda Constitucional n. 29 de 2000
2.8 As normas operacionais da assistência à saúde (NOAS) de 2001 e de 2002

livro12VANESSA.indd 33 2/21/aaaa 10:24:09

2 Principais Leis e Atos Normativos que estruturaram o SUS

O SUS vem sendo implantado como um processo social em permanente construção.

Para efeito de melhor entendimento das funções do SUS e de detalhes nas alterações evolutivas de sua construção é importante enfatizar os conceitos de Gestão e de Gerência atualmente adotados:

• Gerência - administração de uma unidade (simples ou complexa) ou de um órgão de Saúde que se caracterizam como prestadores de serviço. Exemplos: ambulatório, hospital, hemocentro, centro de referência, instituto, fundação; e

• Gestão - a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de Saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo para isso funções tais como as de coordenação, articulação, negociação, planejamento, programação, financiamento, regulação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

livro12VANESSA.indd 34 2/21/aaaa 10:24:09

2.1 As normas operacionais básicas da era Inamps

A partir das definições estabelecidas pela Constituição Federal de 1988 e das Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, o processo de implantação do Sistema único de Saúde foi efetivamente iniciado.

Este processo foi orientado, inicialmente pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS, instituídas por meio de portarias, inicialmente de Inamps e depois do Ministério da Saúde.

O Inamps foi transferido para o Ministério da Saúde por meio do **Decreto nº 99.060 de 7 de março de 1990**, mas continuou por três anos com sua estrutura sobreposta à Secretaria de Assistência à Saúde do MS. (**Texto na íntegra n.6**)

Estas Normas definiram competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios pudessem assumir as novas atribuições no SUS: as condições de gestão. Definiam também critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

A primeira **Norma Operacional Básica, NOB/1991**, editada pela Presidência do Inamps (Resolução nº 258 de 7 de janeiro de 1991) e reeditada com alterações pela Resolução nº 273 de 17 de janeiro de 1991. (**Texto na íntegra n.7**)

Foi escrita segundo a cultura prevalecente naquela instituição de assistência médica e, portanto, tinha forte conotação centralista. Suas principais características:

- Equipara prestadores públicos e privados. Trata, portanto, as secretarias estaduais e municipais apenas como prestadores;
- O Inamps continua como o único gestor, de fato;
- Nos estados, a função de gestão ainda é muito incipiente. Continuam essencialmente como prestadores;
- Início da municipalização com as transferências de Unidades Básicas estaduais e até mesmo federais para a gerência dos municípios, somando-se àquelas já existentes sem, entretanto, constituírem-se em redes;

livro12VANESSA.indd 35 2/21/aaaa 10:24:09

• Os municípios mantêm-se como gerentes de unidades e, portando, como prestadores.
• Estados e municípios, como gerentes de serviços, aliam-se aos demais prestadores privados para negociarem com o Inamps (único gestor), questões de interesse comum, como valores de tabelas; e
• Para operacionalizar o repasse fundo a fundo cria a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), valor unitário, que multiplicado pela população, definia o teto financeiro anual a ser transferido.

Seguiu-se a **NOB de 1992**, ainda editada pelo Inamps, por meio da Portaria da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, nº 234 de 7 de fevereiro de 1992 como resultado de consenso entre o MS, CONASS e Conasems. Seus objetivos foram normatizar a assistência à Saúde no SUS; estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e fornecer instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da Saúde. (**Texto na íntegra n.8**)

Instituiu o Índice de Valorização de Qualidade (IVQ) a ser concedido e repassado aos hospitais que integravam a rede SUS e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual (Fege) que se destinava a reajustar os valores repassados mensalmente aos estados habilitados nas condições de gestão desta norma. Criou o Prosaúde, programa que tinha por objetivo a reorganização dos serviços de Saúde com a participação das três esferas de governo.

Mantém o Inamps como o órgão responsável pelo repasse dos recursos financeiro aos estados e municípios, dando continuidade às linhas gerais definidas na NOB-1991.

livro12VANESSA.indd 36 2/21/aaaa 10:24:09

2.2 A extinção do Inamps

O SUS pôs fim, em pouco tempo, a essa figura iníqua dos indigentes sanitários, promovendo a integração do Inamps ao sistema público único de Saúde com a Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993 que dispõe sobre a **extinção Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps)**. (**Texto na íntegra n.9**)

Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, a cidadania regulada.

Com a extinção do Inamps, o Ministério da Saúde torna-se a única autoridade sanitária no nível federal, as SES no âmbito estadual e as SMS no âmbito municipal, alcançando-se assim a direção única em cada esfera de governo (ou comumente chamada de "comando único"), propugnada na Constituição de 1988.

2.3 A Norma Operacional Básica de 1993

A **NOB de 1993**, editada por meio da Portaria GM/MS nº 545 de 20 de maio de 1993. A primeira exclusivamente do Ministério da Saúde, formalizou os princípios aprovados na IX Conferência Nacional de Saúde, institucionalizou as Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite criando, dessa forma, um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas, ademais de impulsionar a municipalização. (**Texto na íntegra n.10**)

Outras características:

• Desencadeia processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena);

livro12VANESSA.indd 37 2/21/aaaa 10:24:09

• Cria a transferência regular e automática fundo a fundo do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
• Habilita municípios como gestores, criando a terceira instância do SUS; e
• Apresenta frágil definição do papel dos estados, que, entretanto, também passam a assumir seu papel de gestor do sistema estadual de Saúde.

Como principais resultados, observou-se:

• Avanços na municipalização da gestão, com o êxito da gestão semiplena; e
• Superposição de responsabilidades, com falta de visibilidade sobre qual era a autoridade responsável por determinada ação.

2.4 O repasse fundo a fundo

Um dos mais importantes instrumentos de gestão do SUS – o que regulamenta o repasse automático fundo a fundo – e o que distingue dos demais sistemas públicos (educação, segurança, etc.) foi o **Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994** (Presidente Itamar Franco, 1992-1995 e Ministro Henrique Santilo): dispõe sobre as condições e forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais, municipais e do Distrito Federal e dá outras providências. (**Texto na íntegra n.11**)

Sem este instrumento de repasse automático fundo a fundo seria impossível a implementação do SUS com uma parceria entre iguais das três esferas de governo, somente com os mecanismos conveniais então disponíveis.

Depois das leis que o criaram, este decreto foi o ato normativo mais importante para a operacionalização do SUS. Este modelo de transferência intergovernamental de recursos financeiros confere a agilidade necessária ao sistema e caracteriza-se por uma solução peculiar do setor Saúde.

livro12VANESSA.indd 38 2/21/aaaa 10:24:09

2.5 O Sistema Nacional de Auditoria

No seu artigo 6º, a Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993, cria o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, para exercer a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, de forma descentralizada e por meio dos seus componentes estaduais, municipais e federal.

O Decreto nº 1651 de 28 de setembro de 1995 (Fernando Henrique Cardoso, 1995-2003/Adib Jatene) regulamenta o **Sistema Nacional de Auditoria** no âmbito do SUS. (**Texto na íntegra n.12**)

2.6 A Norma Operacional Básica de 1996

A Portaria GM/MS nº 2203 de 5 de novembro de 2006 cria a Norma Operacional Básica do SUS – **NOB-1996** – um dos principais instrumentos estruturantes do SUS, consolidou a política de municipalização estabelecendo o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da Saúde. Essa norma operacional instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados. (**Texto na íntegra n.13**)

Principais características da NOB-1996:

- Definir as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das condições de gestão.
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, explicitando um novo pacto federativo para a Saúde.
- Estabelecer vínculo entre o cidadão e o SUS, conferindo visibilidade quanto à autoridade responsável pela sua Saúde: o gestor municipal (diretamente ou garantindo a referência).

livro12VANESSA.indd 39 2/21/aaaa 10:24:09

• Aumentar a participação % da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a estados e municípios. Incluir nesta modalidade os seguintes mecanismos: Piso da Atenção Básica, Fração Assistencial Especializada (FAE), Incentivo ao Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), Índice de Valorização de Resultados (IVR), Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) e o Índice de Valorização do Impacto em Vigilânica Sanitária (Ivisa).

• Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada entre os governos municipais, estaduais e federal, por meio das Comissões Intergestores Tipartite e Bipartites, como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

• Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de Saúde.

• Regulamentar as relações entre os sistemas municipais e destes com as instâncias estadual e federal, destacando:

- Os prestadores podem ser estatais ou privados (contratados e conveniados);
- Já o gestor do sistema municipal é sempre estatal: a SMS.
- Cada prestador deve estar subordinado à um único gestor.
- A referência de paciente a serviço em outro município ocorre exclusivamente por meio da relação gestor–gestor.
- As relações entre municípios (como na referência, definida na programação) são mediadas pelo estado, que como gestor coordena o sistema estadual de Saúde.
- As relações entre estados são mediadas pelo Ministério da Saúde, que coordena o sistema nacional de Saúde.
- Os fóruns de articulação, negociação e pactuação entre gestores são as Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite (CIB e CIT).
- Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis com o municipal na respectiva competência e o substitui na sua ausência.
- Os níveis estaduais e federal devem exercer o papel redistributivo, garantindo a eqüidade (com discriminação positiva).
- O principal instrumento formalizador das relações é a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

•Fortalecer a função gestora das Secretarias Estaduais, com (re) definição de responsabilidades para a coordenação do SUS em âmbito estadual.

livro12VANESSA.indd 40 2/21/aaaa 10:24:09

• Redefinir as funções do Ministério da Saúde, como gestor nacional do SUS, com maior integração entre seus órgãos e instituições e descentralização de responsabilidades.
• Incorporar as ações de Vigilância Sanitária.
• Incorporar as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças, coordenadas pela Fundação Nacional de Saúde.
• Promover a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do PSF e do Pacs, e criação de um incentivo financeiro de acordo com a população efetivamente coberta.
• Aprimorar o planejamento e define a elaboração da PPI.
• Aprimorar a organização e operação dos Sistemas de Controle, Avaliação e Auditoria, integrando as ações dos municípios com as dos estados e MS.

2.7 A Emenda Constitucional n. 29 de 2000

A Emenda Constitucional n. 29, de 13 de dezembro de 2000, altera os artigos 34, 35, 156, 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. (**Texto na íntegra n. 14**)

Apesar de enormes resistências, fundadas no raciocínio de poderosas correntes econômicas contrárias à vinculação de recursos orçamentários, a Emenda Constitucional n. 29 (EC n. 29) foi aprovada em 2000 e ainda não foi regulamentada.

A falta de definição precisa sobre o que são ações e serviços de Saúde tem levado a introdução nos orçamentos públicos de uma série de ações e serviços que são questionáveis. O resultado são menos recursos para o financiamento do SUS. Desse modo, a luta política por mais recursos públicos para a Saúde deve centrar-se, no curto prazo, na regulamentação, pelo Congresso Nacional, da Emenda Constitucional n. 29. Tal regulamentação será fundamental para orientar os respectivos Tribunais de Contas no processo de fiscalização do seu cumprimento.

livro12VANESSA.indd 41 2/21/aaaa 10:24:09

A falta de regulamentação não deixou de produzir efeitos no financiamento do SUS. A determinação constitucional, mesmo não regulada infraconstitucionalmente, constitui um marco que permite a luta política entre os setores que decidem os orçamentos e os diferentes atores sociais que lutam por mais recursos na Saúde.

A não-regulamentação da EC n. 29, juntamente com a Desvinculação das Receitas da União (DRU), têm sido mecanismos utilizados para limitar os recursos públicos na Saúde. A falta de uma definição precisa sobre o que são ações e serviços de Saúde tem levado a introdução nos orçamentos públicos de uma série de ações e serviços que são questionáveis. O resultado são menos recursos para o financiamento do SUS.

Desse modo, a luta política por mais recursos públicos para a Saúde deve centrar-se, no curto prazo, na regulamentação, pelo Congresso Nacional, da EC-29. Essa regulamentação está em tramitação no Congresso Nacional, por meio do PLC 01/2003. O PLC 01/2003 pretende corrigir distorções na vinculação dos recursos da União e esclarecer o que são ações e serviços de Saúde. O texto estabelece que a União aplique anualmente em ações e serviços de Saúde, no mínimo, o montante equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas, constantes dos orçamentos Fiscal e da Seguridade Social.

A estimativa de acréscimo, em 2006, caso a regulamentação da EC-29, tivesse sido aprovada era de aproximadamente R$ 13 bilhões no orçamento federal com o financiamento da Saúde.

A justificativa do PLC 01/2003 pode ser explicada comparando o aumento na arrecadação federal (receitas correntes) que cresceu, entre 2000 e 2005, na proporção de 18,6% para 22,4% do PIB, enquanto as despesas do Ministério da Saúde decresceram no mesmo período de 8,1% para 7,2% das receitas correntes.

Essa regulamentação só será aprovada se for feito um amplo movimento de mobilização social pelo SUS que chegue ao interior do Congresso Nacional.

livro12VANESSA.indd 42 2/21/aaaa 10:24:09

2.8 As normas operacionais da assistência à saúde (Noas) de 2001 e de 2002

A Portaria GM/MS nº 95 de 26 de janeiro de 2001 cria a **Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-2001**, que instituiu os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos e introduziu a idéia de redes de assistência. (**Texto na íntegra n.15**)

A Noas-2001, por meio de seus anexos I, II, III, IV e IV, "amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização na assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e precede os critérios de habilitação de estados e municípios.

Já a **Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/02)** instituída pela portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, foi o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da CIT de 22 de novembro de 2001. Nessa data, foi firmado um acordo entre o CONASS e o Conasems contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população referenciada. (**Texto na íntegra n.16**)

livro12VANESSA.indd 43 2/21/aaaa 10:24:10

livro12VANESSA.indd 44 2/21/aaaa 10:24:10

3

O Pacto Pela Saúde – 2006

3.1 O Pacto em Defesa do SUS
3.2 O Pacto pela Vida
3.3 O Pacto de Gestão
3.4 Principais portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde

livro12VANESSA.indd 45 2/21/aaaa 10:24:10

3 O Pacto pela Saúde – 2006

Recentemente, deu-se o **Pacto pela Saúde** – Consolidação do SUS, Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 um movimento de mudança que não é uma norma operacional, mas um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (Presidente Luis Inácio Lula da Silva e Ministro Saraiva Felipe). **(Texto na íntegra n.17)**

O Pacto pela Saúde introduz um sentido de gestão pública por resultados e de responsabilização sanitária, estende a discussão da Saúde para fora dos limites setoriais e aprofunda a descentralização do SUS para estados e municípios, de forma compartilhada.

Assim, o SUS que foi criado pela Constituição Federal de 1988, teve origens em movimentos políticos e sanitários surgidos na década de 1970 e vem se recriando, permanentemente, por meio de reformas incrementais, acordadas pelos três entes federativos, representados pelo Ministério da Saúde, pelo CONASS e pelo Conasems. É uma política pública jovem, mas com capacidade de renovar-se continuamente.

O SUS deve ser reafirmado, constantemente, como política de Estado, mais que de governos. Assim, respeitadas as nuances que os diferentes partidos políticos devem colocar nas suas propostas para o setor Saúde, deve ser assumido como compromisso permanente de longo prazo, pelo conjunto da sociedade brasileira, e preservado pelos distintos grupos políticos no poder.

livro12VANESSA.indd 46 2/21/aaaa 10:24:10

Na perspectiva de superar os diversos desafios do sistema de Saúde no Brasil, os gestores do SUS assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de Saúde da população brasileira e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

3.1 O Pacto em Defesa do SUS

A reafirmação desses princípios deverá ser feita de acordo com um movimento de repolitização da Saúde.

O SUS é fruto de uma bem-sucedida ação política de longo prazo que teve sua base ideológica no movimento sanitário, que foi implementada por um longo arco de atores sociais localizados nos poderes executivo e legislativo, nas universidades, nos movimentos sindicais, nas organizações de Saúde e em vários movimentos sociais.

O SUS, analisado temporalmente, representa uma evolução muito positiva. Entretanto, os avanços inegáveis alcançados, em sua curta existência, são amortecidos por significações de senso comum, assumidas pela grande mídia e apresentada como fracasso da Saúde pública brasileira.

Essa percepção de fracasso da Saúde pública brasileira é mais freqüente nos segmentos de maior renda, formados por usuários não exclusivos e por não usuários do SUS, mas que têm grande peso na formação da opinião pública.

Dessa forma, vai se construindo na sociedade, um sentimento difuso de que os recursos públicos são muito mal gastos na Saúde, sem a contrapartida de uma informação mais qualificada que esclareça o muito que tem sido possível fazer com recursos escassos.

livro12VANESSA.indd 47 2/21/aaaa 10:24:10

Ações em defesa do SUS exigem um amplo movimento de mobilização social que articule, de forma permanente e organizada, os diferentes setores da sociedade brasileira comprometidos com o sistema público de Saúde.

O SUS precisa retomar e vencer a batalha da comunicação com a sociedade brasileira, consolidando-se como uma conquista da cidadania na Constituição de 1988. É preciso voltar a discutir o SUS fora de seus muros.

Para tanto, as três esferas de gestão, União, Estados e Municípios, devem desenvolver ações junto à opinião pública em um verdadeiro Pacto em Defesa do SUS.

3.2 O Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida é uma mudança radical na forma de pactuação do SUS vigente até agora. A instituição do Pacto pela Vida representa duas mudanças fundamentais na reforma incremental do SUS. De um lado, substitui pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios. De outro, muda o foco, de mudanças orientadas a processos operacionais para mudanças voltadas para resultados sanitários.

Desse modo, este Pacto reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados. O Pacto pela Vida deve ser permanente. Significa uma ação prioritária no campo da Saúde que deverá ser executada com foco em resultados e deve contar com a inequívoca explicitação por parte da União, estados e municípios dos compromissos orçamentários e financeiros necessários para o alcance de suas metas.

Em 2006, foram definidas seis prioridades: Saúde do Idoso; Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama; Redução da Mortalidade Infantil e Materna; Fortalecimento da Capacidade de Respostas às Doenças Emergentes e Endemias, com Ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza; Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Primária.

livro12VANESSA.indd 48 2/21/aaaa 10:24:10

3.3 O Pacto de Gestão

O Pacto pela Saúde/Pacto de Gestão criou um ambiente mais propício ao desenvolvimento de um federalismo mais cooperativo no SUS.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes visando ao fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Com o Pacto, deve ser promovido um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos, estruturação das regiões sanitárias e fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite.

O Pacto de Gestão deve representar um novo pacto federativo sanitário e deverá estruturar-se sob o mote da unidade doutrinária e da diversidade operacional, buscando na pactuação, a ser estabelecida em cada Comissão Intergestora Bipartite (CIB), as melhores soluções para questões como a regulação e a gestão dos serviços de Saúde.

3.4 Principais portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde

a) **Portaria GM/MS n. 699 de 30 de março de 2006** (publicada em 03 de abril de 2006) que regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS, bem como a transição e monitoramentos dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores. (**Texto na íntegra n. 18**)

livro12VANESSA.indd 49 2/21/aaaa 10:24:10

b) **Portaria GM/MS n. 3.085 de 1º. de dezembro de 2006** (publicada no dia 04 de dezembro) que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. (**Texto na íntegra n. 19**)

c) **Portaria GM/MS n. 3.332 de 28 de dezembro de 2006** (publicada no dia 29 de dezembro) que aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS. (**Texto na íntegra n. 20**)

d) **Portaria GM/MS n. 204 de 29 de janeiro de 2007** (publicada no dia 31 de janeiro) que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. (**Texto na íntegra n. 21**)

livro12VANESSA.indd 50 2/21/aaaa 10:24:10

4

Conclusão

livro12VANESSA.indd 51 2/21/aaaa 10:24:10

4 Conclusão

Com base no exposto e em muitos outros diagnósticos, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) elaborou e publicou em dezembro de 2006 o livro: SUS: AVANÇOS E DESAFIOS.

Além de reafirmar princípios constitucionais, reconhecer e demonstrar inequívocos avanços, o livro apresenta um conjunto de propostas para um (re)direcionamento dos rumos do SUS, a partir de 2007, buscando aproximar o SUS que queríamos neste processo histórico do SUS real que construímos.

O SUS que foi gerado na prática é um sistema segmentado e composto de três subsistemas, distanciando o SUS real do SUS constitucional e universal:

- Sistema Único de Saúde (SUS).
- Sistema de Atenção Médica Supletiva.
- Sistema de Desembolso Direto.

O Sistema Único de Saúde constitui o sistema público de Saúde estruturado pelo conjunto de ações e serviços de Saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta.

livro12VANESSA.indd 52 2/21/aaaa 10:24:11

Os princípios mais relevantes do SUS são: universalidade do acesso; integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização político administrativa; regionalização, hierarquização e atendimento integral, com capacidade de resolução dos problemas.

O Sistema de Saúde Suplementar é um sistema privado de assistência à Saúde, exercida por 1.264 operadoras de medicina de grupo: (705), cooperativa medica ou seguro-saúde (364) e autogestão (307).

As operadoras são reguladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e cobre hoje uma população de 42,5 milhões de brasileiros.

O Sistema de Desembolso Direto, ou de medicina liberal, também privado representado pelos gastos diretos de desembolso e com baixíssima regulação estatal, mas fortemente subsidiado por renúncias fiscais. Cobre aproximadamente 72 milhões de habitantes, que também são usuários do SUS e parte dos não usuários.

Esta segmentação tem acontecido porque o SUS tem se estruturado para responder às demandas universais mais pobres da população e de demandas dos outros dois subsistemas especialmente de serviços dos serviços de maiores custos e da população economicamente integrada.

Apesar de o SUS ser universal em muitas ações de Saúde, especialmente as de Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental, na assistência médica, esta segmentação pode ser entendida pela composição relativa dos usuários do SUS, conforme pesquisa do CONASS, de 2003:

- 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS;
- 61,5% são usuários, mas não exclusivos – portanto são 115 milhões de usuários tanto do SUS quanto dos subsistemas privados; e
- 8,7% não são usuários – ou seja, são usuários exclusivos dos sistemas privados.

Os problemas da segmentação manifestam-se no sistema de Saúde brasileiro ampliando as iniqüidades.

livro12VANESSA.indd 53 2/21/aaaa 10:24:11

Além disto, em agosto e setembro de 2006, o CONASS elaborou e entregou pessoalmente um MANIFESTO AOS CANDIDATOS À PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, com 14 temas prioritários a serem considerados pelos respectivos programas de governo (ver no site: www.conass.org.br).

A história do SUS se confunde e é permeada com a história Conselho Nacional de Secretários de Saúde

Nesses 25 anos de CONASS, fizeram sua história todos os Secretários Estaduais de Saúde, sua assessoria técnica, equipes técnicas das SES e as diretorias que conduziram a entidade.

Entretanto o SUS é um processo de construção muito dinâmico. Manter-se atualizado quanto suas leis e atos normativos é uma tarefa árdua.

Assim, além de apresentarmos neste livro o que consideramos mais relevante para conhecer a legislação estruturante do SUS até fevereiro de 2007, disponibilizaremos na nossa página na internet (www.conass.org.br), os atos normativos que consideramos relevantes para a gestão do SUS. Também estarão todos com possibilidade de down low do texto na íntegra e com o conteúdo sempre atualizado.

A segunda parte deste livro transcreve OS TEXTOS NA ÍNTEGRA, da legislação estruturante citada nesta primeira parte.

livro12VANESSA.indd 54 2/21/aaaa 10:24:11



2ª Parte

Textos de Referência na Íntegra

livro12VANESSA.indd 55 2/21/aaaa 10:24:11

TEXTO 1

LEI N. 1.920, DE 25 DE JULHO DE 1953 (PUBICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 29/07/1953)

CRIA O MINISTÉRIO DA SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1 ° É criado o Ministério da Saúde, ao qual ficarão afetos os problemas atinentes à saúde humana.

Parágrafo único. Fará parte do Ministério acima um Departamento de Administração, com Divisões de Pessoal, Material, Obras e Orçamento.

Art. 2° O Ministério da Educação e Saúde passa a denominar-se "Ministério da Educação e Cultura".

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 3° Ao Ministério da Saúde são transferidos todos os atuais órgãos e serviços do antigo Ministério da Educação e Saúde, atinentes à saúde e à criança, e desmembrados os que exerçam atividade em comum.

Parágrafo único. Passarão, igualmente, para os quadros do novo Ministério todos os cargos, funções e seus ocupantes de serviços que hajam sido transferidos, bem como parte do funcionalismo do Departamento de Administração do antigo Ministério da Educação e Saúde, que se tornar excedente, em decorrência da criação do novo Ministério.

Art. 4° Da quantia a que se refere a alínea a, do art. 2° do Decreto n° 9.486, de 18 de julho de 1946, um têrço será destinado ao Ministério da Saúde.

Art. 5° São transferidos para o novo Ministério da Saúde os saldos de dotações orçamentárias, destinados às repartições incorporadas ao referido Ministério, inclusive as parcelas de dotações orçamentárias globais, cabendo ao Poder Executivo tomar as medidas administrativas convenientes.

livro12VANESSA.indd 56 2/21/aaaa 10:24:11

Parágrafo único. São, também, transferidas as parcelas das dotações constantes da Verba 3 do Orçamento do Ministério da Educação e Saúde, bem como a terceira parte da dotação constante do orçamento da Despesa para o ano de 1953 - na verba 4 - Obras e Equipamentos - Consignação VI Dotações diversas - Subconsignação II - Estudos e Projetos - 04 Divisão de Obras - a) Ajustes com profissionais estranhos à Divisão de Obras, para a elaboração de projetos e levantamentos topográficos.

Art. 6º Os créditos orçamentários e adicionais destinados ao Ministério da Saúde poderão ser depositados no Banco do Brasil à disposição do referido Ministério, de acôrdo com o critério que fôr estabelecido anualmente pelo Ministro de Estado.

Parágrafo único. A comprovação do emprêgo dêstes créditos será feita, parceladamente, perante o Tribunal de Contas, 60 dias após o término de cada trimestre, na forma da legislação em vigor, ouvido previamente o Departamento de Administração.

Art. 7º Os auxílios e subvenções consignados no orçamento do Ministério da Educação e Saúde, que se destinarem a atividades relacionadas com o Ministério da Saúde, são igualmente, transferidos nos têrmos do artigo 6° desta Lei.

Art. 8º São criados os seguintes cargos, que serão providos em comissão ou em funções gratificadas:

1 - de Ministério de Estado;
1 - de Diretor do Departamento de Administração - DA;
1 - Diretor da Divisão do Pessoal - D.P.;
1 - Diretor da Divisão do Orçamento - D.O.;
1 - Diretor da Divisão de Material - D.M.;
1 - Diretor da Divisão de Obras - D.Ob.

Funções Gratificadas

5 - de Secretário;
1 - Auxiliar de Gabinete;

livro12VANESSA.indd 57 2/21/aaaa 10:24:11

1 - Chefe S.A.;
1 - Chefe S.C.;
1 - Chefe S.F.;
1 - Chefe S.E.F.;
1 - Chefe SA;
1 - Chefe S.R.F.;
2 - Chefes D.0.

Art. 9º Para a execução da presente Lei, o Ministro da Saúde apresentará ao Presidente da República, dentro em 60 dias, o regulamento a ser expedido, regendo-se provisàriamente, o Ministério da Saúde, pela do Ministério da Educação e Saúde, na parte que lhe fôr aplicável.

Art. 10 É aberto ao Ministério da Saúde o crédito especial (Serviços e Encargos), de Cr$1.500.000,OO (um milhão e quinhentos mil cruzeiros), para ocorrer às despesas com a execução da presente Lei.

Art. 11 Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 25 de julho de 1953; 132° da Independência e 65° da República.

Getúlio Vargas

Antônio Balbino

livro12VANESSA.indd 58 2/21/aaaa 10:24:11

TEXTO 2

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, expressando a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, formulou a seguinte declaração:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem- estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

II) A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto da preocupação comum de todos os países.

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

V) Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade

livro12VANESSA.indd 59 2/21/aaaa 10:24:11

mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva.

Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde:

1 - Refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública.

2 - Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

3 - Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevalecentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais.

4 - Envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas,

livro12VANESSA.indd 60 2/21/aaaa 10:24:11

as comunicações e outros setores.

5 - Requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.

6 - Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade.

7 - Baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo dasaúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, assim como em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade.

VIII) Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores. Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

IX) Todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países. Nesse contexto, o relatório conjunto da OMS/UNICEF sobre cuidados primários de saúde constitui sólida base para o aprimoramento adicional e a operação dos cuidados primários de saúde em todo o mundo.

X) Poder-se-á atingir nível aceitável de saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000 mediante o melhor e mais completo uso dos recursos mundiais, dos quais uma parte considerável é atualmente gasta em armamento e conflitos militares. Uma política legítima de independência, paz, distensão e desarmamento pode e deve liberar recursos adicionais, que podem ser destinados a fins pacíficos e, em particular, à aceleração do desenvolvimento social e econômico, do qual os cuidados primários de saúde, como parte essencial, devem receber sua parcela apropriada.

livro12VANESSA.indd 61 2/21/aaaa 10:24:12

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras organizações internacionais, entidades multilaterais e bilaterais, organizações governamentais, agências financeiras, todos os que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento. A Conferência concita todos a colaborar para que os cuidados primários de saúde sejam introduzidos, desenvolvidos e mantidos, de acordo com a letra e espírito desta Declaração.

livro12VANESSA.indd 62 2/21/aaaa 10:24:12

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

Capítulo II – Da Seguridade Social

Seção II - Da Saúde

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

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.

Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(*) Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

Art. 199 A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1 º . As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

livro12VANESSA.indd 63 2/21/aaaa 10:24:12

§ 2 º . É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3 º . É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4 º . A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200 Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

livro12VANESSA.indd 64 2/21/aaaa 10:24:12

TEXTO 4

LEI N. 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 20 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

TÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º . O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2 º . O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

livro12VANESSA.indd 65 2/21/aaaa 10:24:12

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II - DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º . Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º . A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Capítulo I - Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

livro12VANESSA.indd 66 2/21/aaaa 10:24:12

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º . Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º . Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

livro12VANESSA.indd 67 2/21/aaaa 10:24:12

§ 3º . Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

livro12VANESSA.indd 68 2/21/aaaa 10:24:12

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:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

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;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

livro12VANESSA.indd 69 2/21/aaaa 10:24:12

Capítulo III - 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.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10 Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º . Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º . No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11 (Vetado).

Art. 12 Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 13 A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I - alimentação e nutrição;
II - saneamento e meio ambiente;

livro12VANESSA.indd 70 2/21/aaaa 10:24:12

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
IV - recursos humanos;
V - ciência e tecnologia; e
VI - saúde do trabalhador.

Art. 14 Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Capítulo IV - Da Competência e das Atribuições

Seção I - Das Atribuições Comuns

Art. 15 A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

livro12VANESSA.indd 71 2/21/aaaa 10:24:13

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II - Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
II - participar na formulação e na implementação das políticas:
a) de controle das agressões ao meio ambiente;
b) de saneamento básico; e
c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

livro12VANESSA.indd 72 2/21/aaaa 10:24:13

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

livro12VANESSA.indd 73 2/21/aaaa 10:24:13

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;
XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; e
XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:
I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;
II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);
III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;
IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:
a) de vigilância epidemiológica;
b) de vigilância sanitária;
c) de alimentação e nutrição; e
d) de saúde do trabalhador;
V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;
VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;
VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;
VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

livro12VANESSA.indd 74 2/21/aaaa 10:24:13

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; e

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18 À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

livro12VANESSA.indd 75 2/21/aaaa 10:24:13

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;
X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;
XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;
XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19 Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III - DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Capítulo I - Do Funcionamento

Art. 20 Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21 A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22 Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23 É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1°. Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2°. Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Capítulo II - Da Participação Complementar

livro12VANESSA.indd 76 2/21/aaaa 10:24:13

Art. 24 Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25 Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26 Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1°. Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2°. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3°. (Vetado).

§ 4°. Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV - DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27 A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

livro12VANESSA.indd 77 2/21/aaaa 10:24:13

III - (Vetado)
IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28 Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1°. Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2°. O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29 (Vetado).

Art. 30 As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V - DO FINANCIAMENTO

Capítulo I - Dos Recursos

Art 31 O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32 São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)
II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

livro12VANESSA.indd 78 2/21/aaaa 10:24:13

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1°. Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2°. As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º. As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º. (Vetado).

§ 5º. As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º. (Vetado).

Capítulo II - Da Gestão Financeira

Art. 33 Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§1º. Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§2º. (Vetado)

§3º. (Vetado)

livro12VANESSA.indd 79 2/21/aaaa 10:24:13

§4º. O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34 As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do Parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35 Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;
II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
VI - previsão do plano qüinqüenal de investimentos da rede;
VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º. Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º. Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º. (Vetado)

§ 4º. (Vetado)

livro12VANESSA.indd 80 2/21/aaaa 10:24:13

§ 5º. (Vetado)

§ 6º. O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Capítulo III - Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36 O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º . Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º . É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37 O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38 Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 39 (Vetado)

§ 1º. (Vetado)

§ 2º. (Vetado)

§ 3º. (Vetado)

§ 4º. (Vetado)

livro12VANESSA.indd 81 2/21/aaaa 10:24:14

§ 5º. A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º. Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º. (Vetado)

§ 8º. O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40 (Vetado)

Art. 41 As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42 (Vetado)

Art. 43 A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44 (Vetado)

Art. 45 Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

livro12VANESSA.indd 82 2/21/aaaa 10:24:14

§ 1º. Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º. Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46 o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47 O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48 (Vetado)

Art. 49 (Vetado)

Art. 50 Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 51 (Vetado)

Art. 52 Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53 (Vetado)

Art. 54 Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55 São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

livro12VANESSA.indd 83 2/21/aaaa 10:24:14

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

livro12VANESSA.indd 84 2/21/aaaa 10:24:14

TEXTO 5

LEI N. 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 31 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1°. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2°. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3°. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4°. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

livro12VANESSA.indd 85 2/21/aaaa 10:24:14

§ 5°. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Qüinqüenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2° desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1°. Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1° do mesmo artigo.

§ 2°. Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3°. Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2° desta lei.

Art. 4° Para receberem os recursos de que trata o art. 3° desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto n° 99.438, de 7 de agosto de 1990;

livro12VANESSA.indd 86 2/21/aaaa 10:24:14

III - plano de saúde;
IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4° do art. 33 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990;
V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
VI - comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5° É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6° Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7° Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169° da Independência e 102° da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

livro12VANESSA.indd 87 2/21/aaaa 10:24:14

TEXTO 6

DECRETO N. 99.060, DE 7 DE MARÇO DE 1990 (PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 8 DE MARÇO DE 1990)

VINCULA O INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS AO MINISTÉRIO DA SAÚDE, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos II e VI do art. 84 da Constituição, e tendo em vista o disposto nos arts. 4°, § 1°, e 154 do Decreto-Lei n° 200, de 25 de fevereiro de 1967,

DECRETA:

Art. 1° O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, autarquia criada pelo art. 3° da Lei n° 6.439, de 1° de setembro de 1977, passa a vincular-se ao Ministério da Saúde.

Art. 2° Os Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social, adotarão as providências necessárias à efetivação do disposto no artigo anterior, especialmente no que concerne à gestão financeira, orçamentária e patrimonial.

Art. 3° Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 07 de março de 1990; 169° da Independência e 102° da República.

JOSÉ SARNEY

Seigo Tsuzuki

Jáder Fontenelle Barbalho

livro12VANESSA.indd 88 2/21/aaaa 10:24:14

TEXTO 7

NORMA OPERACIONAL BÁSICA NOB/1991 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 10 DE JANEIRO 1991)

RESOLUÇÃO N. 258, DE 07 DE JANEIRO DE 1991, QUE APROVA A NORMA OPERACIONAL BÁSICA/SUS N° 01/91

O PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDENCIA SOCIAL, no uso das atribuições que Ihe são regimentalmente conferidas e

1. CONSIDERANDO que o Texto Constitucional, Título VIII, da Ordem Social, Seção II, da Saúde, que define as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, e as disposições da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990;

2. CONSIDERANDO que o Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do Art. 195 da Constituição Federal, com recursos do orçamento da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, a1ém de outras fontes;

3. CONSIDERANDO a necessidade de assegurar o acesso universal, igualitário e progressivo da população às ações de saúde, através da adoção de uma nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde,

4. CONSIDERANDO a baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes. com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros;

5. CONSIDERANDO a necessidade de redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, com um reforço do poder municipal resolve:

Aprovar a Norma Operacional Básica/SUS n° 01/91, constante do Anexo I da presente Resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS para 1991.

NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS PARA 1991

livro12VANESSA.indd 89 2/21/aaaa 10:24:14

NORMA OPERACIONAL BÁSICA N° 01/91
INTRODUÇÃO:

A presente Norma Operacional Básica tem por objetivo fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde - SUS, elaborada de conformidade com as Leis nos 8.074/90 e 8.080/90.

São estabelecidas nesta Norma tanto os aspectos de natureza operacional como também aqueles intrinsecamente necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, como também do controle, acompanhamento e fiscalização da aplicação dos recursos.

Pretende-se que através do conhecimento e domínio total das instruções aqui contidas e da subseqüente familiarização com o sistema de financiamento implantado possa ser adotada a política proposta, baseada na concessão de um crédito de confiança aos Estados e Municípios, sem prejuízo do acompanhamento a ser exercido pelos mecanismos de controle e avaliação que estão sendo desenvolvidos.

Visando a adoção da nova política de financiamento do SUS, o orçamento do INAMPS, definido para o exercício de 1991, será dividido em 5 itens:

a) financiamento da atividade ambulatorial proporcional à população;
b) recursos transferidos na forma de AIHs a cada unidade executora, proporpional à população;
c) custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS;
d) custeio de Programas Especiais em saúde.
e) investimentos (despesas de capital), alocados no Plano Qüinqüenal de Saúde MS/INAMPS, em lei orçamentária de iniciativa do Poder Executivo aprovados pelo Congresso Nacional, e em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde.

É importante para o êxito do programa o pressuposto da contrapartida dos Estados e Municípios de valores estabelecidos nos seus orçamentos, em conformidade com os Planos Estaduais e Municipais aprovados pelos respectivos Conselhos e referendados pelo Poder Executivo.

livro12VANESSA.indd 90 2/21/aaaa 10:24:14

PARTE I - FINANCIAMENTO DA ATIVIDADE AMBULATORIAL:

1.1 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS

1.1.1 Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência e desde que observadas as disposições contidas no Art. 17 da Lei 8.074, de 31/07/90, será utilizado o instrumento convenial, como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

1.1.2 O Convênio firmado com os Estados, Distrito Federal e Municípios estabelecerá em suas cláusulas as políticas e diretrizes do SUS relativas à programação, execução, acompanhamento e controle das ações de saúde, aprovadas no Plano Nacional de Saúde e fundamentada na Lei 8.080/90.

1.1.3 Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no Art. 35 da Lei 8.080/90, o montante a ser transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios será definido no Convênio, de acordo com:

a) o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;
b) empenho global (valor semestral e/ou anual);
c) índice de reajuste com base na Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA.

1.1.4 As ações e serviços públicos de saúde, a nível ambulatorial, os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde serão pagos através de sistema de cobertura ambulatorial.

1.1.5 Fica instituída a unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA), destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios.

1.1.5.1 A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) será fixada através de Resolução do Presidente do INAMPS/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, qualidade e desempenho técnico da rede de serviços de saúde do Estado e considerados os casos atípicos.

1.1.5.2 O valor nominal da UCA a partir de abril de 1991, será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS.

livro12VANESSA.indd 91 2/21/aaaa 10:24:15

1.1.6 O INAMPS transferirá até o último dia útil de cada mês, diretamente aos Estados, Distrito Federal e Municípios, os recursos previstos no orçamento anual, em duodécimos mensais, deduzida a Guia de Autorização do Pagamento - GAP/ PRESTADOR, como estabelecido em cláusula convenial.

1.1.7 O atual sistema de GAP/PRESTADOR, será implementado a partir de fevereiro de 1991, através do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), com o pagamento centralizado no INAMPS/DG.

1.1.8 O Sistema de Cobertura Ambulatorial será executado em (quatro) etapas:

1ª Cobertura Ambulatorial em janeiro/91 e criação dos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde;
2ª estabelecimento de requisitos básicos para transferências de recursos diretamente aos Municípios;
3ª articulação entre Municípios através da constituição de Consórcios com o objetivo de desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam;
4ª pagamento dos prestadores, diretamente pelo INAMPS/DG, através de sistema próprio de informatização SIA-SUS, a partir de fevereiro de 1991.

1.1.8.1 PRIMEIRA ETAPA:

1.1.8.1.1 Funcionamento da cobertura ambulatorial

a) a cobertura ambulatorial anual será obtida através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação;
b) o produto dessa operação será dividido em duodécimos;
c) o valor mensal a ser transferido até o último dia útil de cada mês a Estados e Distrito Federal e Municípios, será obtido:

- do duodécimo subtrai-se a GAP prestador do Estado;
- deste resultado 10% serão transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde;
- o saldo resultante será dividido novamente pela população de cada unidade da Federação;
- o quociente encontrado, corresponde a uma variável que, multiplicada pela população de cada município da unidade federativa, representa o repasse a ser efetuado às Secretarias Municipais de Saúde.

livro12VANESSA.indd 92 2/21/aaaa 10:24:15

d) para os Municípios que não atenderem aos critérios estabelecidos na Lei 8.080/90 e normas complementares do INAMPS/MS, o valor que lhe é destinado, será repassado à Secretaria Estadual de Saúde;
e) na existência de saldos derivados das situações supramencionadas, os mesmos serão alocados às respectivas secretarias de Estado de Saúde.

1.1.8.1.2 Os Estados e Municípios deverão constituir o seu Fundo de Saúde, no prazo de 120 (cento e vinte) dias contados da publicação desta Resolução, em conformidade com a legislação vigente, a fim de assegurar o aporte de recursos ao setor saúde, bem como a administração.

1.1.8.1.3 - Caso não tenha sido constituído o Fundo Estadual e/ou Municipal de Saúde, os recursos serão repassados diretamente à conta especial da Secretaria de Estado da Saúde, no Banco do Brasil S.A.

1.1.8.2 - SEGUNDA ETAPA

1.1.8.2.1 - São requisitos básicos para as transferências automáticas e diretas de recursos de custeio do SUS para os municípios:

a) criação de Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes do governo municipal, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária;
b) criação de Fundo Municipal de Saúde;
c) apresentação do Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos e referendado pela autoridade do Poder Executivo;
d) programação e Orçamentação da Saúde (PROS);
e) apresentação de Relator de Gestão Local (de desempenho assistencial, gerencial e financeiro);
f) contrapartida de recursos para a saúde de no mínimo de 10% do seu orçamento; e
g) constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), com o prazo de 02 (dois) anos para a sua implantação.

1.1.8.2.2 - Os Municípios que não preencherem os requisitos explicitados no item anterior terão os recursos a ele destinados, repassados às Secretarias Estaduais de Saúde correspondentes, que adotarão critérios próprios de distribuição dos recursos.

livro12VANESSA.indd 93 2/21/aaaa 10:24:15

1.1.8.2.3 - Nesta hipótese as Secretarias Estaduais de Saúde serão responsabilizadas transitoriamente pela cobertura ambulatorial correspondente, assim como pela cooperação técnica com os Municípios respectivos com vistas ao pronto cumprimento dos requisitos.

1.1.8.3. - TERCEIRA ETAPA

1.1.8.3.1 - Em conformidade com o Art. 18, inciso VII, da Lei nº 8.080, de 19/09/90, os Municípios poderão formar consórcios administrativos intermunicipais, visando a articulação e integração da assistência à saúde.

1.1.8.3.2 - O Município-pólo do Consórcio deve contar com uma rede assistencial adequada e com a complexidade necessária ao atendimento da população convergente de forma a oferecer resolutividade das ações de atendimento ambulatorial e hospitalar em sua área de abrangência. .

1.1.8.3.3 - O rateio dos custos consistirá no pagamento pelo Município de menor nível de complexidade para aquele que oferecer atendimento de maior complexibilidade.

1.1.8.3.4 - A retenção e o posterior repasse direto de recursos ao Município-pólo caberá ao INAMPS desde que seja estabelecido no instrumento de acordo..

1.1.8.3.5 - Os Municípios que se articularem mediante consórcio deverão cumprir os requisitos básicos explicitados no subitem 1.1.8.2.1.desta norma.

1.1.8.4 - QUARTA ETAPA

1.1.8.4.1 - O atual sistema de pagamento aos prestadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas e outros), será modificado a partir de fevereiro de 1991 com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS), sendo este centralizado no INAMPS/DG.

1.1.8.4.2 - O INAMPS repassará aos Estados, Distrito Federal, e/ou Municípios os recursos correspondentes de acordo com os Planos de Saúde, concretizando desta forma, o programa de descentralização previsto no Texto Constitucional e na Lei 8.080/90, visando a municipalização.

livro12VANESSA.indd 94 2/21/aaaa 10:24:15

1.1.8.4.3 - Os Estados. Distrito Federal e Municípios administrarão os recursos destinados à saúde, cabendo-lhes a responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos.

PARTE II - INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, CONTROLE E AVALIACÃO DA EXECUÇÃO

2.1 DOS CONSELHOS DE SAÚDE

2.1.1 Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e compostos por representantes dos governos. prestadores de serviços, profissionais de saúde (50%) e usuários (50%) atuarão na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

2.1.2 Caberá aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde.

2. 2 DOS FUNDOS DE SAÚDE

2.2.1 Os Fundos de Saúde de natureza contábil e financeira e vinculados aos objetivos do Sistema Único de Saúde, devem ser previamente autorizados pelo legislativo e a aplicação de suas receitas far-se-á através de dotação consignada na Lei de Orçamento ou em crédito adicional.

2.2.2 Os Fundos de Saúde serão gerados pelo órgão de saúde da esfera correspondente e fiscalizados pelo Conselho de Saúde respectivo.

2.2.3 Os Planos de Aplicação dos Fundos Especiais, demonstrando a origem e aplicação dos recursos, acompanharão a lei orçamentária. conforme dispõe o inciso I. do Parágrafo 20 do Art. 20 da Lei 4.320, de 17 de março de 1964.

2.2.4 Na forma do art. 73 do Decreto 93.872, de 23/12/86 e vedado levar a crédito de qualquer fundo, recursos orçamentários que não lhe forem especificamente destinados em orçamento ou em crédito adicional.

2.2.5 A aplicação dos recursos destinados aos Fundos de Saúde deve constar de programação e especificado em orçamento próprio, aprovado antes do início do exercício financeiro a que se referir.

livro12VANESSA.indd 95 2/21/aaaa 10:24:15

2.2.6 É vedada a utilização dos recursos em despesas que não se identifiquem diretamente com a realização do objetivo do Convenio ou serviços determinados.

2.2.7 Se a Lei que o instituiu não dispuser em contrário, à execução orçamentária dos Fundos de Saúde aplicam-se aos mesmos normas gerais de execução orçamentária da União.

2.2.8 Extinguir-se-á, por força da Lei, o Fundo inativo por mais de 02 (dois) exercícios financeiros.

2.2.9 Os recursos financeiros destinados aos Fundos de Saúde serão depositados e mantidos em conta especial, no Banco do Brasil S.A, segundo cronograma aprovado, destinados a atender aos saques previstos em programação específica.

2.2.10 O saldo financeiro do exercício, apurado em balanço,poderá ser utilizado em exercício subseqüente, se incorporado ao orçamento do Fundo.

2.2.11 A Lei que instituir o Fundo determinará normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, de acordo com as normas baixadas pela Administração Federal, sem elidir a competência do Tribunal de Contas da União ou Órgão equivalente.

2.2.12 As prestações de contas relativas aos Fundos de Saúde integrarão a prestação de contas da respectiva entidade ou unidade gestora (Secretarias Estaduais e/ou Municipais) em demonstrativo distinto e periodicidade convencionada.

2.3 DOS CONSÓRCIOS ADMINISTRATIVOS INTERMUNICIPAIS

2.3.1 Os Consórcios Administrativos serão acordos firmados, na forma do subitem 1.1.8.3.1. entre entidades da mesma espécie, para realização de objetivos de interesse comum dos partícipes.

2.3.2 Aplicam-se aos Consórcios Administrativos todos os princípios e preceitos regedores dos convênios.

2.3.3 Os Consórcios dependem de autorização legislativa para serem validamente celebrados e serão dirigidos por um profissional da área de saúde, por um Prefeito ou por qualquer membro da população indicado pelos representantes junto ao consórcio, de cada município.

2.3.4 Comporá, ainda, os consórcios, um Conselho Fiscal e uma Diretoria Administrativa.

livro12VANESSA.indd 96 2/21/aaaa 10:24:15

2.4 DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO

2.4.1 O Relatório de Gestão, requisito básico para a transferência automática de recursos aos municípios deverá abordar, dentre outros, os seguintes aspectos:

2.4.1.1 finalidades essenciais (caracterizar a entidade e mencionar, sucintamente, suas atribuições regimentais ou estatutários);

2.4.1.2 plano de trabalho elaborado (descrever, de forma resumida, os programas ou projetos de trabalho, destacando as metas ou objetivos previstos);

2.4.1.3 plano de trabalho executado (mencionar as atividades desenvolvidas no exercício, destacando as extra-programadas e as não executadas, em relação ao plano de trabalho elaborado, com as justificativas pertinentes); e

2.4,1.4 - resultados alcançados (evidenciar as metas ou objetivos atingidos, relativamente a cada programa ou projeto, a programação e execução orçamentária desses programas ou projetos, acompanhados de demonstrações financeiras, sem prejuízo da fiscalização indispensável sobre a execução local).

2.5 DA PROGRAMAÇÃO E ORÇAMENTAÇÃO DA SAÚDE - PROS

2.5.1 - A PROS dos Estados, Distrito Federal e Municípios deve compatibilizar as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos, buscando melhoria da eficiência e dos procedimentos a serem seguidos para concretização das ações de saúde em beneficio dos usuários.

2.5.2 - A PROS constituirá a base das atividades e ações de cada nível de direção do SUS, devendo demonstrar as diretrizes, objetivos e metas a serem atingidos, o diagnóstico das necessidades da população, bem como as estratégias que levem à obtenção dos objetivos propostos.

2.5.3 - Para a consecução dos objetivos propostos, será de grande importância a participação ativa no processo de planejamento de todos quantos executam as ações de saúde, bem como dos que as recebam.

2.5.4 - As diretrizes a serem observadas na elaboração da PROS serão as estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

livro12VANESSA.indd 97 2/21/aaaa 10:24:15

2.6 DOS PLANOS DE APLICACAO

2.6.1 - Os Planos de Aplicação dos Fundos de Saúde deverão obrigatoriamente acompanhar a Lei do Orçamento, como se depreende do Art. 2°, Parágrafo 2° da Lei 4.320, de 17/03/64 e compreenderão:

2.6.1.1 - A descrição do que se pretende realizar e dos objetivos a alcançar;

2.6.1.2 - a demonstração da origem e a aplicação dos recursos.

2.6.2 - Os saldos resultantes das aplicações financeiras dos recursos destinados aos Fundos de Saúde serão reinvestidos nas suas atividades, devendo ser objeto de Plano de Aplicação Adicional.

2.6.3 - Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo (financeiro) do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo e mediante reprogramação no Plano de Aplicação Anual.

2.7 DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS FUNDOS DE SAÚDE

2.7.1 - As prestações de contas relativas aos Fundos de Saúde, integrarão a prestação de contas correspondente aos recursos gerais da respectiva entidade ou unidade gestora, em demonstrativo distinto e será constituído dos seguintes elementos básicos,

2.7.1.1 - relação dos agentes responsáveis, indicando nome, cargo ou função, número do CPF e período de gestão compreendendo:

- dirigente máximo;
- membros do órgão colegiado responsável por atos e gestão definidos em Lei;
- substitutos dos responsáveis no exercício.

2.7.1.2 - cópia do ato que fixou a gestão ou execução do Fundo;

2.7.1.3 - relatório de gestão, na forma do subitem 2.4.1;

2.7.1.4 - cópia das alterações das normas que regulam a gestão do fundo, ocorridas no exercício, se for o caso;

2.7.1.5 - demonstrativo dos créditos autorizados e/ou despesa autorizada;

2.7.1.6 - demonstrativo da despesa empenhada/liquidada;

2.7.1.7 - balancete financeiro;

livro12VANESSA.indd 98 2/21/aaaa 10:24:15

2.7.1.8 - demonstração das variações patrimoniais; e

2.7.1.9 - parecer dos órgãos internos se houver, que devam dar seu pronunciamento sobre as contas.

2.7.2 - As prestações de contas dos Fundos de Saúde serão apresentadas semestralmente ao órgão de Auditoria Regional das Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS, que as examinarão e sobre elas emitirá parecer, de acordo com as instruções vigentes sobre a matéria.

PARTE III - DO CONTROLE E ACOMPANHAMENTO

3.1 – A avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional será efetuada e coordenada pelo Ministério da Saúde e INAMPS, em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e Municípios.

3.2 - O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados, Distrito Federal e Municípios, cabendo-lhe aplicar as medidas previstas em lei quando constatadas a malversação, desvio ou emprego inadequado dos recursos.

3.3 - O controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira compreenderá a verificação:

3.3.1 - da legalidade dos atos de que resultem a realização da despesa;

3.3.2 - da responsabilidade de todos quanto, de qualquer modo efetuem despesas, administrem ou guardem bens e valores públicos,

3.3.3 - do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de prestação de serviços.

3.4 - Caberá ao INAMPS, órgão repassador dos recursos e responsável por imposição legal, perante o Tribunal de Contas da União, pelo cumprimento dos programas financeiros, exercer o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira na forma do subitem anterior e em conformidade com os procedimentos em vigor.

livro12VANESSA.indd 99 2/21/aaaa 10:24:15

3.5 - A Diretoria de Administração e Finanças do INAMPS criará Relatórios Gerenciais informatizados de acompanhamento e controle, que permitam a identificação dos fatores específicos do novo sistema de financiamento do SUS, com vistas ao suprimento de informações ao Ministério da Saúde, Conselhos e Fundos de Saúde e demais órgãos envolvidos no programa.

3.6 - Este sistema visará a articulação e interligação do INAMPS com os órgãos correlatos do SUS, objetivando uniformizar procedimentos adotados.

PARTE IV - DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. - Até que se edite normas especificas sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, dadas as características próprias de que se reveste o programa, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

4.2 - Até que o Conselho Nacional de Saúde aprove as normas de aplicação dos critérios de alocação de recursos referidos no Art. 35 da Lei Federal 8.080, de 19/09/90, será utilizado exclusivamente o critério populacional.

4.3 - Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS destinados aos Estados, Distrito Federal, e Municípios serão depositados em conta especial, no Banco do Brasil S.A e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

4.4 - É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidades públicas, na área de saúde.

4.5 - As transferências de recursos para investimentos (despesas de capital) serão alocadas observados os seguintes aspectos:

4.5.1 - desde que previstas no Plano Qüinqüenal de Metas do MS,

4.5.2 - se previstas em lei orçamentária de iniciativa do Poder Executivo e aprovados pelo Congresso Nacional;

4.5.3 - em caráter excepcional a critério do Ministro de Estado da Saúde,

livro12VANESSA.indd 100 2/21/aaaa 10:24:15

4.5..4 - e formalizadas mediante celebração de Convênio e/ou Termo Aditivo ao Convênio SUS, observada a Lei orçamentária e a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do INAMPS/MS.

4.6 - Cabe aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde, em suas áreas de abrangência, bem como atuar na formulação de estratégia no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e na fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais e Municipais e/ou Fundos de Saúde.

4.7 - Os orçamentos próprios dos Fundos de Saúde deverão ser aprovados antes do início do exercício financeiro a que se referir.

4.8 - Os Governos Estaduais e Municipais deverão alocar um mínimo de 10% (dez por cento) do seu orçamento em 1991, na área saúde.

4.9 - Aplicam-se aos consórcios os princípios e preceitos regedores dos Convênios até que seja publicada legislação específica sobre a matéria, distinguindo-se os Consórcios dos Convênios porque este é celebrado entre pessoas jurídicas de espécies diferentes e aquele só o é entre entidades da mesma espécie.

4.10 - O atual Sistema de GAP/Prestador será implementado a partir de fevereiro de 1991, através do Sistema de Informações Ambulatorais (SIA-SUS), com o pagamento centralizado no INAMPS/DG.

4.11 - O quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar – AIH, a cada unidade executora, será proporcional à população, obedecidas as normas específicas já expedidas sobre a matéria cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde a distribuição entre Municípios e prestadores.

4.12 - As AIH's, com valores de tabela específicas, serão creditadas diretamente aos hospitais das redes próprias, estaduais e Municipais, em conta corrente especial no Banco do Brasil. S.A.

4.13 - O INAMPS/MS criará uma reserva de AIH's a ser definida em normas complementares, a fim de compensar os centros de maior complexidade.

4.14 - Fica assim assegurado acesso a serviços de saúde a centros especializados e de alta complexidade que serão remunerados complementarmente através de uma Câmara de Compensação de AIH's.

livro12VANESSA.indd 101 2/21/aaaa 10:24:15

4.15 - O INAMPS/MS, a partir de julho de 1991, após acordo com as Secretarias Estaduais de Saúde, estabelecerá um percentual sobre o faturamento das unidades próprias do Estado e/ou cedidas, a título de ressarcimento, tendo em vista a cessão de servidores efetivos do seu Quadro sem ônus para os Estados.

4.16 - O Diretor de Administração e Finanças do INAMPS poderá elaborar Rotinas Técnicas e Orientações de serviços sobre o disposto nesta Norma.

5 - Esta Norma Operacional Básica poderá ser aditada mediante a publicação de Normas Operacionais Complementares que se destinarão a definir procedimentos padronizados relativos a questões específicas (Programação e Orçamentação da Saúde, Plano de Aplicação e Prestação de Contas).

livro12VANESSA.indd 102 2/21/aaaa 10:24:16

TEXTO 8

NORMA OPERACIONAL BÁSICA NOB/1992 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 10 DE FEVEREIRO DE 1992)

PORTARIA N° 234, DE 7 DE FEVEREIRO DE 1992

O Secretário Nacional de Assistência á Saúde e Presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS (respondendo), no uso das atribuições que lhe são regimentalmente conferidas e,

CONSIDERANDO a necessidade de continuar avançando no processo de construção e maturação do SUS;

CONSIDERANDO a necessidade de normatizar a organização e operacionalização da assistência à saúde no SUS parar 1992, a fim de evitar a descontinuidade de ações e serviços prestados à população;

CONSIDERANDO o consenso obtido entre a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, o CONASS, o CONASEMS e o INAMPS no que diz respeito ao termo desta norma; e

CONSIDERANDO o consenso entre o CONASS e o CONASEMS sobre a oportunidade da publicação desta norma;

RESOLVE:

- Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92), conforme texto constante no Anexo I da presente Portaria.

RICARDO AKEL

livro12VANESSA.indd 103 2/21/aaaa 10:24:16

ANEXO I

NORMA OPERACIONAL BÁSICA - SUS/1992

INTRODUÇÃO

A presente Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB-SUS/92) da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, tem como objetivos normatizar a assistência à Saúde no SUS, estimular a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema, e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde. Saúde, entendida como direito de todo cidadão e dever do Estado, a ser garantido pela acesso gratuito, universal e equânime a um conjunto de ações e serviços de saúde, organizados e distribuídos de forma regionalizada e articulados de forma hierarquizada, constituindo um sistema único, com gestor único em cada esfera de governo, de execução municipalista em termos operacionais e planejamento, execução, controle e avaliação.

Além do texto constitucional, são fundamentos da NOB-SUS/92, as leis que regulamentam o SUS: a Lei 8.080, de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90.

A Lei 8.080/90 é a Lei Orgânica da Saúde. Entre outros aspectos relevantes, ela define as responsabilidades de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), tanto as comuns (planejamento, financiamento e controle), como as específicas de cada um. Traz de forma muito clara, como incumbência primária do município, a execução das ações e a gestão dos serviços de saúde. Atribui aos estados, neste particular, apenas o que o nível municipal for incapaz de assumir, e ao Ministério da Saúde apenas o que estiver acima do nível estadual de competência. Ela define o repasse de recursos federais aos municípios e estados de forma regular, mediante critérios demográficos, epidemiológicos, de capacidade instalada e do desempenho histórico pregresso.

A Lei 8.142/90, aborda, dentre outras, as questões das Conferências de Saúde, e define os pré-requisitos para que Municípios e Estados possam receber os repasses da União de forma regular e automática, quais sejam:

a. Conselho de Saúde (participação da sociedade na administração do SUS)
b. Fundo de Saúde (identidade e gestão específica dos recursos para saúde)

livro12VANESSA.indd 104 2/21/aaaa 10:24:16

c. Plano de Saúde (atuação planejada para produzir transformação)
d. Relatório de Gestão (sistema de controle e avaliação)
e. Comissão de PCCS para profissionais de saúde (política de recursos humanos). (dispensável no caso da existência efetiva de Plano de Carreira, Cargos e Salários já estabelecido).
f. Aplicação de recursos orçamentários próprios em saúde (co-participação responsável no financiamento do SUS).

As Leis 8.080/90 e 8.142/90, além do texto constitucional sobre a saúde, são leituras obrigatórias a todos quanto atuam nessa área e, em especial, àqueles que ocupam cargos/funções ou têm responsabilidade na administração do SUS.

Há que ser compreendido que o SUS não é sucessor do SUDS ou do INAMPS, nem é um novo rótulo para um produto velho. Ele é um sistema inteiramente novo e diferente de tudo que se dispôs até hoje no Brasil. Ele não é um programa que foi lançado tal dia, nem uma edificação que será inaugurado em tal data.

A construção do SUS é um processo continuado, que demanda vários movimentos complexos aos quais os diferentes Estados e Municípios dão respostas diferentes. Por isso mesmo, o SUS encontra-se em diferentes estágios de implantação nas diversas regiões do País.

Dentre os vários movimentos destacam-se:

- universalização do acesso às ações e serviços de saúde, gratuitos e de qualidade para todos os cidadãos,
- construção dos quesitos das Leis 8142/90 por todos os estrados, municípios e Distrito Federal,
- descentralização, de fato, da execução das ações e da gestão dos serviços para os municípios,
- unificação, de fato, do comando em cada esfera de governo,
- aperfeiçoamento do financiamento pelas três esferas de governo das formas e critérios de repasse financeiros;
- reorganização da rede de serviços com estruturação de distritos sanitários;
- assimilação e descongestionamento das demandas,
- substituição da "gestão demanda" pela "gestão planejada para produzir transformação nos indicadores de vida, saúde e doença",

livro12VANESSA.indd 105 2/21/aaaa 10:24:16

- alargamento da visão sanitária, transcendendo a “simples” questão da assistência médica; e
- conscientização da sociedade sobre o que é o SUS e como participar dele.

Nestas circunstâncias, os Municípios, os Estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde estão em estágios diferentes de transformação e construção do SUS. Isto explica, em boa parte, o embaralhamento e superposição de papéis das três esferas gestoras do Sistema e eventuais fricções entre elas. São fenômenos naturais que devem ser administrados também em co-gestão. Pode-se dizer que o sucesso do Sistema dependerá fortemente da capacidade das três esferas pactuarem a co-gestão do SUS através do diálogo permanente, dos encontros freqüentes entre o MS, CONASS e CONASEMS, da cooperação técnica e da participação da comunidade.

Assim, a NOB-SUS/92 não pretende esgotar os temas que trata, nem ser a palavra definitiva sobre eles, nem ainda ter a durabilidade de uma lei, mesmo porque vários aspectos do SUS somente poderão ser definidos, e obrigatoriamente aperfeiçoados, durante o processo de sua construção. Mas, explicitando procedimentos (como a metodologia de financiamento federal ou o processo de municipalização) e clarificando papéis (p. ex.: quem faz o quê em termos de planejamento, auditoria, controle e avaliação), a NOB-SUB/92 busca não só definir uma base concreta de operação do SUS para 1992 mas também constituir novo referencial para o permanente desenvolvimento do Sistema nos próximos anos.

1- O PLANEJAMENTO

O Planejamento. deve ser desenvolvido através de uma metodologia participativa, é a projeção das ações a serem executadas e a racionalização dos procedimentos técnico-administrativos, necessários à execução dessas ações.

O planejamento é um processo permanente e dinâmico devendo contemplar também situações emergenciais equacionadas em curto prazo.

livro12VANESSA.indd 106 2/21/aaaa 10:24:16

O planejamento é de competência das três esferas de Governo e constitui base para a execução, o acompanhamento, a avaliação, o controle e a gerência do sistema de saúde e pressupõe o conhecimento da realidade existente e dos instrumentos disponíveis e necessários para se atingir as metas propostas. Assim, o planejamento, além de ascendente, deve ser uma tarefa dos municípios, estados e União.

O conceito abrangente de saúde, definido na Constituição deverá nortear a mudança progressiva dos serviços, passando de um modelo assistencial centrado na doença e baseado no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral á saúde, onde haja a incorporação progressiva de ações de promoção e proteção da saúde e de prevenção da doença, ao lado daquelas de recuperação. No campo da promoção, são prioritárias as ações de educação em saúde para a população. Essas ações visam a redução dos fatores de risco individual que constituem ameaça à saúde das pessoas. E através dessas ações que se oferecem à população instrumentos de auto-cuidados que vão desde a orientação quanto a nutrição, a adoção de estilos de vida saudáveis, aconselhamentos específicos como o de cunho genético e sexual, educação para o trânsito e outro.

No campo da proteção são exemplos de ações: vacinações, saneamento básico, vigilância epidemiológica e sanitária, exames médicos e odontológicos periódicos e ações de saúde ambiental. Através da vigilância epidemiológica, são obtidas as informações para conhecer e acompanhar, a todo momento, o estado de saúde da população, permitindo desencadear, oportunamente, as medidas, dirigidas à prevenção e ao controle das doenças e agravos à saúde. A vigilância sanitária busca garantir a qualidade de produto de consumo, do meio ambiente e do local de trabalho, mediante a identificação, o controle ou a eliminação de fatores de risco à saúde neles eventualmente presentes.

As ações de recuperação da saúde a serem planejadas e desenvolvidas devem estar baseadas nos problemas de saúde de cada população e os serviços médicos, ambulatoriais e hospitalar existentes, os quais devem estar estruturados para atender não apenas à demanda da doença mas também para oferecer cobertura, aos problemas de saúde da população.

livro12VANESSA.indd 107 2/21/aaaa 10:24:16

O desenvolvimento das ações de saúde, sejam elas de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação, devem fazer parte do planejamento integrado das ações de saúde, pois somente através da integralidade haverá a melhoria da qualidade da assistência.

Uma das conseqüências do planejamento será proporcionar o aclaramento das responsabilidade das três esferas de governo, da definição da prestação e gestão dos serviços e do aparte dos recursos financeiros. Dessa forma, o processo de planejamento-orçamentação deve ser indivisível. Assim, a Programação e Orçamentação em Saúde - PROS, é essencial enquanto parte integrante e detalhamento dos planos de saúde.

O primeiro passo no processo de planejamento é a análise da realidade através do levantamento dos problemas de saúde, suas causas e pontos críticos e os recursos disponíveis: "do que e como as pessoas estão adoecendo ou morrendo?", "o que deve ser feito para melhorar os indicadores de vida/morte, saúde/doença? "A seguir são definidos os objetivos e metas a serem alcançadas e as atividades a serem desenvolvidas (é importante identificar, nessa fase, os possíveis entraves políticos, técnicos, administrativos e financeiros para a consecução de cada atividade e do plano de ação como um todo). Passa-se então à definição dos recursos necessários e das fontes de financiamento para cada atividade e ao estabelecimento de um cronograma de execução.

É importante também o estabelecimento e implantação de um sistema de acompanhamento, avaliação e controle do plano de ação, fundamentado num sistema de informações.

2. O FINANCIAMENTO DO SUS - ASSISTÊNCIA A SAÚDE

A linha assistencial do SUS envolve o conjunto de ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, centradas no indivíduo. O financiamento de tais ações é competência das três esferas de governo (União, estados e municípios). Os recursos financeiros federais do SUS, que deverão somar-se aos recursos estaduais e municipais, estão classificados como: custeio das ações e serviços ambulatoriais, hospitalares e complementares e recursos para investimento na rede

livro12VANESSA.indd 108 2/21/aaaa 10:24:16

em obras e equipamentos. Neste último caso, através do Pró-Saúde com base em planos tripartites de aplicação para os estados e municípios e de forma regular e automática para os estados.

A partir do corrente exercício, tais recursos estarão alocados no Fundo Nacional de Saúde, permanecendo o INAMPS, ainda, mas tão somente, neste ano de 1992, atuando como via de repasse aos Estados, Distrito Federal e Municípios.

2.1 - FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES HOSPITALARES

2.1 - As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos de saúde e pelos serviços privados, contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde serão pagas através do Sistema de lnformações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

2.1.2 - O quantitativo de Autorização de Internação Hospitalar AIH, será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e os Conselhos de Saúde o planejamento e distribuição entre os prestadores, observando os seguintes aspectos:

- para o Município que atenda aos critérios estabelecidos para as transparências regulares e automáticas de recursos de custeio do SUS, conforme a Lei 8.142/90 será destacado, mensalmente, um número de AIH equivalente a um duodécimo de 8% de sua população e, obrigatoriamente. repassado à respectiva Secretaria Municipal de Saúde. Os Conselhos Municipais de Saúde aprovarão os critérios de distribuição dos quantitativos de AIH entre os prestadores públicos, universitários, filantrópicos e privados, assegurada a prioridade nesta ordem;

- o restante (equivalente a 1/12 de 2% da população) será mantido sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, em fundo de compensação de demanda hierarquizada;

- estes percentuais podem ser modificados no Estado que estabelecer, programa próprio de distribuição de AIH, sendo obrigatória sua aprovação pela entidade representativa das Secretarias Municipais de Saúde e pelo Conselho Estadual de Saúde sob coordenação da Secretaria Estadualde Saúde;

livro12VANESSA.indd 109 2/21/aaaa 10:24:16

- portanto, as AIH estaduais ou sob gestão da SES, poderão ser distribuídas entre a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde de duas maneiras, pelo planejamento integrado, Estados e municípios, consolidado no Plano Estadual de Saúde e aprovado pelo CONSEMS e Conselho Estadual de Saúde, ou de forma matemática, distribuindo diretamente aos municípios-gestores 80% do seu quociente populacional e repassando o restante à Secretaria Estadual. A distribuição planejada tem procedência sobre o critério matemático. De todo o modo, quem deve distribuir as AIH entre os hospitais dos municípios gestor é o Secretário Municipal de Saúde, cabendo ao gestor estadual distribuir as AIH estaduais e municipais dos municípios não-gestores;

- os municípios poderão pleitear AIH adicionais do fundo de compensação da Secretaria Estadual por sua atuação como referência estadual e aos municípios vizinhos, através de consórcios formais ou informais, quando referência microrregional;

- a distribuição das AIH entre os prestadores públicos, universitários, filantrópicos e privados será aceita pelos Secretários de Saúde respeitando o plano de saúde aprovado pelo respectivo Conselho, bem como os dispositivos legais do SUS, sempre priorizando o setor público.

2.1.3. É competência das Secretarias Municipais de Saúde a celebração de contratos com hospitais que participarão do sistema da norma complementar, bem como sua exclusão, a não ser nos casos em que o estabelecimento se caracterize como sendo de referência estadual, regional ou nacional.

2 .1.4. No caso dos municípios "municipalizados" é competência das Secretarias Municipais de Saúde, em interação com seus Conselhos, a distribuição dos quantitativos de AIH entre os diversos prestadores, sempre priorizando o setor público.

2.1.5. O índice de Valorização de Qualidade-IVQ, correspondente a um acréscimo de 20% sobre o total , devido ao hospital a título de Serviços Hospitalares, será concedido e repassado aos hospitais que integram a rede do SUS (públicos e privados contratados ou conveniados), desde que atendam os critérios estabelecidos em instrumento .

livro12VANESSA.indd 110 2/21/aaaa 10:24:16

2.1.6 - O atendimento a tais critérios será definido através da auto-avaliação da unidade hospitalar em formulário próprio, ratificada pelo gestor local do SUS.

2.1.7 - Para os hospitais universitários e de ensino o IVQ incidirá sobre os Serviços Hospitalares da mesma forma que nos demais hospitais. Tanto o IVQ quanto o FIDEPS incidirão apenas sobre o total faturado originalmente, ou seja, não haverá sobreposição de Índices.

2.1.8 - As atividades ambulatoriais realizadas no âmbito dos hospitais, serão financiadas segundo as normas relativas às atividades ambulatoriais (item 2.2).

2.2. FINANCIAMENTO DAS ATIVIDADES AMBULATORIAIS

2.2.1 - É competência das Secretarias Municipais de Saúde, a celebração dos contratos de serviços ambulatoriais que participarão do SUS, de forma a complementar, dentro de um teto estabelecido em planejamento integrado com a Secretaria Estadual de Saúde.

2.2.2. As ações e serviços de saúde, públicos e privados, contratados ou conveniados, realizados ao nível ambulatorial, que integram o Sistema Único de Saúde, serão pagos através de um sistema de financiamento ambulatorial.

2.2.3. A Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a definir os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, é fixada através de Resolução da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos Estados dentro dos seguintes critérios: população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro em 1991 e desempenho da auditoria estadual do ano anterior.

2.2.4. O valor nominal da UCA será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde.

2.2.5. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração dentro do necessário para suprir a diferença constatada.

2.2.6. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial RCA destinados anualmente aos Estados e Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, são obtidos através da multiplicação do valor da UCA a população de cada Unidade da Federação.

livro12VANESSA.indd 111 2/21/aaaa 10:24:16

2.2.7. O planejamento físico e orçamentário das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos Municípios e Estados, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, quotas, referências e contra-referências devem ser definidas com base na epidemiologia, características demográficas e capacidade instalada.

2.2.8 – O valor mensal a ser transferido até o último dia de cada mês aos Estados, Distrito FederaI e Municípios, será obtido da seguinte forma:

- o valor anual calculado será dividido em duodécimos, se constituindo no RCS/mês;

-do duodécimo subtrai-se o pagamento dos serviços ambulatoriais executadas pelos prestadores públicos e contratados em caráter complementar conforme plano regional;

- deste resultado, dito resíduo, 30% serão transferidos às Secretarias Estaduais de Saúde, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde;

- os 70% restantes serão divididas novamente pela população decada Unidade da Federação, o quociente encontrado corresponde a uma variável que, multiplicada pela população de cada município da Unidade Federativa, representa o repasse a ser efetuado às Secretarias Municipais de Saúde, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde.

2.2.9 - 0s municípios que não atenderem aos critérios estabelecidos para repasses regulares e automáticos conforme a Lei 8.142/90, terão os resíduos da RCA que lhes seriam destinados, repassados às correspondentes Secretarias Estaduais de Saúde que, através de critérios aprovados pelos respectivos Conselhos e constantes do Plano Estadual de Saúde obrigatoriamente, as redistribuirão às Secretarias Municipais, para utilização exclusiva em custeio das atividades de assistência à saúde.

2.2.10 - Os estados que não tiverem cumprido o disposto na art. 4º, da lei 8.142/90 deverão repassar os resíduos do RCA aos municípios por critério populacional.

livro12VANESSA.indd 112 2/21/aaaa 10:24:16

2.2 11 - Até o 20° dia após o recebimento do resíduo do RCA os Estados deverão encaminhar à DAF/INAMPS relatório dos valores repassados a cada município referentes a esse resíduo. O não encaminhamento na data prevista, implica em não envio dos resíduos do RCA subseqüentes.

2.2.12 - O atual sistema de Guia de Autorização de Pagamento - GAP/PRESTADOR será substituído pelo Sistema de Informações Ambulatoriais da SUS (SIA-SUS)

2.3. ESTÍMULO A MUNICIPALIZAÇÃO DO SUS E AS AÇÕES DE SAÚDE COLETIVA

2.3.1 O Fator de Estimulo à Municipalização-FEM, se caracteriza como repasse de recursos de custeio aos municípios efetivamente "municipalizados" dentro do SUS. São considerados "municipalizados" os municípios que atendem aos requisitos estabelecidos na Lei n° 8.142/90, para o repasse regular e automático dos recursos financeiros federais do SUS.

2.3.2.. O montante a ser transferido aos municípios "municipalizados" à título de estimulo à municipalização do SUS, será calculado da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do Estado,

- este valor é multiplicado pelo número de habitantes do município "municipalizado",

- o produto dessa operação será dividido por doze,

- o valor mensal a ser transferido ao município "municipalizado", corresponde ao duodécimo encontrado.

2.3.3.O repasse efetuado a título de Fator de Estímulo à Municipalização não será debitado do valor estabelecido para cobertura ambulatorial, quer do município quer do Estado, e independe da existência de resíduo.

2.4. INVESTIMENTOS NA REDE

A - Fator de Estimulo à Gestão Estadual

livro12VANESSA.indd 113 2/21/aaaa 10:24:17

2.4.1- Os recursos de capital para aquisição ou recuperação de equipamentos para unidades assistenciais, já existentes, serão transferidos ao Distrito Federal e estados que tenham cumprido o disposto na art. 4°, da Lei 8.142/90.

2.4.2. O Fator de Estímulo à Gestão Estadual-FEGE se destina a definir e reajustar os valores a serem repassados mensalmente, de forma regular e automática aos estados habilitados para reposição e modernização tecnológica dos equipamentos da rede pública estadual e municipal.

2.4.2. 1 - A documentação comprobatória deverá ser encaminhada pela Secretaria Estadual deSaúde a Presidência do INAMPS, que deliberará sobre sua adequação e regularidade.

2.4.2.2. A habilitação ao repasse dos recursos correspondentes ao FEGE será reconhecida mediante comunicado formal e exclusivo para esse fim.

2.4.2.3. Os projetos de leis de criação do Fundo Estadual de Saúde e Conselho Estadual deSaúde, em tramitação, e a conta especial, serão considerados para efeito de repasse de recursos do FEGE às Unidade- Federadas.

2.4.3. Os valores da FEGE para os diferentes Estados e Distrito Federal correspondem a um percentual, que varia de 1% a 5% do valor mensal calculado para cobertura das atividades ambulatoriais, de maneira inversamente proporcional aos valores definidos para os grupamentos de Estados no sistema de cobertura supra-citada, da seguinte maneira.

- Grupo de Unidades Federadas de valor de UCA mais elevado, inclusive São Paulo: FEGE= 1% do valor mensal estimado para cobertura ambulatorial,
- Grupo de Unidades Federadas de valor de UCA intermediário: FEGE = 3%.
- Grupo de estados de menor valor de UCA: FEGE = 5%

2.4.4. Os Estados e Distrito Federal deverão administrar os recursos provenientes da FEGE através de estabelecimento de prioridades de investimentos necessários, contemplando projetos já previstos no consolidado dos Planos Municipais de Saúde aprovado pelos Conselhos Estaduais de Saúde.

B - Pró-Saúde

2.4.5 - O Pró-Saúde se caracteriza como um programa que tem como principal objetivo a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal.

livro12VANESSA.indd 114 2/21/aaaa 10:24:17

2.4.6.Os municípios a serem incluídos no programa, serão selecionados por um das seguintes critérios:

- se caracterizarem como pólo de referência macrorregional;
- população igual ou superior a 200.000 habitantes;
- serem capitais das Unidades da Federação.

2.4.7. Os projetos deverão ser elaborados segundo roteiro padrão contemplando as seguintes áreas:

a) Desenvolvimento Gerencial (Modelo Assistencial),
b) Recursos Humanos (Desenvolvimento de RH),
c) Recursos Físicos (reformas e/ou construção de unidades e aquisição e/ou recuperação de equipamentos).

2 4 8. O gerenciamento do projeto em todas as suas etapas planejamento, orçamentação, execução e avaliação – será exercido por um a comissão formada por representantes das três esferas: federal, estadual e municipal.

2.4.9. 0s repasses de recursos financeiros serão feitos observadas as disposições legais aplicáveis aos convênios, Acordos e Ajustes.

C – Outros investimentos

2.4.10 - A transferência de outros recursos para investimentos, que não os de repasse automático e regular e Pró- Saúde, poderão ser pleiteadas ao MS, justificadas em função dos Planos de Saúde e observados os seguintes aspectos:

a) previstos no Plano Qüinqüenal de Saúde do MS.
b) previstos nos planos Municipais e/ou Estaduais de Saúde, aprovados pelo respectivo Conselho.
c) previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo aprovado pelo Congresso Nacional.
d) em caráter de absoluta excepcionalidade.

livro12VANESSA.indd 115 2/21/aaaa 10:24:17

3. OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

São basicamente dois os sistemas de informação da linha assistencial do SUS, implantados e utilizados pelo nível federal: o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS.

Esses sistemas se constituem em grandes bancos de dados com informações relativas aos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, disponíveis a todas as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde bem como a outras instituições que atuam na área. Tais dados podem e devem ser utilizados em todos os níveis para o planejamento, o controle e a avaliação de ações e serviços de saúde.

O SIA-SUS deverá estar totalmente implementado em todas as Unidades da Federação até março de 1992. É recomendável que o processamento seja feito no próprio Estado pela respectiva empresa estadual de processamento de dados ou pela própria Secretaria Estadual de Saúde, se capacitada a fazê-lo. Os estados que não dispuserem de nenhuma destas duas alternativas, poderão servir-se de empresas estaduais de processamento de dados de estados vizinhos.

O SIH-SUS continuará a ser processado de maneira centralizada pelo nível federal, com a diretriz, em 1992, de capacitação das empresas estaduais com vistas a que estas assumam tal processamento a partir de 1993.

A operacionalização descentralizada dos dois sistemas possibilitará, aos estados e municípios, acesso mais rápido dos dados, bem como processamentos especificiais adequados aos diferentes usos.

A partir do mês de julho, será obrigatória a apresentação das AIH em disquete.

A existência e obrigatoriedade de utilização destes dois sistemas não impede que outros, complementares, sejam desenvolvidos pelos estados e/ou municípios de acordo com suas necessidades, podendo mesmo ser citados como muito desejáveis, os de marcação de consultas, centrais de leitos e cadastro de estabelecimentos de saúde. Aos municípios será assegurado o direito de manter em seu serviço os registros geradores de dados e disponíveis, a nível local, para os procedimentos de auditoria, avaliação e controle dos demais níveis. O modo de colher os dados ou registrá-los é de exclusiva competência municipal, desde que asseguradas as

livro12VANESSA.indd 116 2/21/aaaa 10:24:17

informações indispensáveis ao nível nacional e/ou estadual e as formas e meios por eles estabelecidos, bem como possibilidade de se resgatar a informação primeira, geradora do atendimento.

4. O CONTROLE E A AVALIAÇÃO

Controle e Avaliação são atividades de responsabilidade primária dos municípios, simultaneamente dos Estados e também do Ministério da Saúde.

O controle dos municípios deve ser permanente e direto sobre todos os serviços assistenciais, ambulatoriais e hospitalares voltados à qualidade do atendimento aos usuários, à quantidade dos serviços concernentes aos planos de saúde e à capacidade instalada, à conformidade das contas médicas com os serviços efetivamente produzidos à resolubilidade dos atendimentos, à gratuidade aos usuários.

A avaliação dos municípios deve analisar se os serviços produzidos foram eficientes, eficazes e efetivos, se atingiram as metas programadas e acima de tudo se produziram os resultados desejados. A avaliação é, portanto, essencial pré-quesito ao planejamento do período subseqüente.

O controle e a avaliação desenvolvidos pelos estados serão permanentes porém não obrigatoriamente contínuos em todas as unidades e serviços assistenciais. Terão além do caráter de controlar de forma periódica os serviços, a função de "controlar o controle municipal".

A avaliação realizada pelos estados tem o mesmo sentido da avaliação municipal, porém com abrangência estadual.

O controle e a avaliação exercidos pelo nível federal têm por objetivo principal a adoção de medidas corretivas para o aperfeiçoamento do Sistema, assumindo assim um caráter pedagógico e de cooperação técnica. Tais ações se desenvolverão de maneira essencialmente analítica através de demonstrativos e relatórios de acompanhamento dos serviços produzidos (SIA-SUS e SIH-SUS), ficando as ações operacionais, desenvolvidas através da verificação "in loco" nas unidades, restritas aos casos de desvio nos indicadores, de denúncia ou, preventivamente, por amostragem. Nestas circunstâncias, as visitas de inspeção deverão ser feitas em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde.

livro12VANESSA.indd 117 2/21/aaaa 10:24:17

Finalmente, são objetos de análise do controle e da avaliação nas três esferas de governo, não apenas a qualidade, produção e o custo dos serviços prestados, ambulatoriais e hospitalares, como também a conformidade das ações desenvolvidas com os Planos de Saúde, os convênios de investimento e o desempenho dos órgãos e sistemas loco-regionais. Cabe a cada gestor, no seu nível de atuação, a definição das normas operacionais de funcionamento de seus respectivos Sistemas de Controle e Avaliação.

5. A AUDITORIA

A Auditoria compete controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, bem como acompanhar a execução dos programas de trabalho visando ao exame da regularidade, eficiência, eficácia e economicidade da gestão administrativa.

A avaliação técnica e financeira do SUS, em todo território nacional, será efetuada e coordenada pelo MS e INAMPS em conjunto com os estados, Distrito Federal e municípios.

O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a estados, Distrito Federal e municípios, cabendo lhe aplicar as medidas previstas constatados a malservação, desvioou emprego inadequado dos recursos.

O controle e fiscalização da execução orçamentária, financeira e patrimonial compreenderá os seguintes aspectos:

- da legalidade dos atos de que resultem a realização da despesa,

- da responsabilidade de todos quanto, de qualquer modo efetue despesa, administrem ou guardem bens e valores públicos,

- do cumprimento do programa de trabalho expresso em termos monetários e em termos de prestação de serviços,

-exame das Prestações de Contas dos agentes responsáveis, tendo por base os registros contábeis e financeiros compatibilizado com o plano de trabalho evidenciadas em parecer de auditoria a ser emitido após verificação “in loco” com o propósito de comprovar a legalidade, legitimidade e economicidade na aplicação dos recursos públicos,

livro12VANESSA.indd 118 2/21/aaaa 10:24:17

- orientação normativa, coordenação, acompanhamento e avaliação das atividades das auditorias regionais,

Caberá ao INAMPS, órgão repassado dos recursos e responsável por imposição legal, perante o TCU, pelo cumprimento dos programas financeiros, exercer o controle e fiscalização da execução orçamentária e financeira:

- examinar e avaliar a aplicação e as transferências dos recursos orçamentários e financeiros das unidades conveniadas,

- coordenar inspeções nos órgãos gestores de recursos provenientes de convênios, acordos ou ajustes quanto à execução orçamentário-financeira das transferências de recursos efetuadas pelo INAMPS,

- solicitar a instauração de Tomada de Contas Especial quando a prestação de contas não for aprovada, e exaurida todas as providências cabíveis,

- estabelecer prazo máximo para que o responsável faça a apresentação da Prestação de Contas ou recolhimento dos recursos recebidos com os acréscimos legais devidos, segundo índice oficial contados a partir da data do recebimento até a data do recolhimento, quando esta não for apresentada dentro do prazo normal, e

- instaurar Tomada de Contas Especial da Entidade inadimplente quando for esgotado o prazo máximo estabelecido na apresentação da Prestação de Contas, bem como da Ordem de Recebimento não liquidada.

É importante salientar que cabe ao Estado fiscalizar e controlar a execução orçamentária e financeira no que diz respeito a seus recursos e receitas próprios.

6 - O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO PARA REPASSE DE RECURSOS

Caracterização

A municipalização na saúde não deve ser entendida apenas pelo cumprimento aos critérios estabelecidos na Lei 8.142/90, para repasse, de forma regular e automática dos recursos financeiros federais para cobertura de ações e serviços de saúde serem implementados pelos municípios. Ela deve ser entendida principalmente pela nova responsabilidade do município de administrar as ações e serviços

livro12VANESSA.indd 119 2/21/aaaa 10:24:17

de saúde em sua área de abrangência, planejando, decidindo e gerindo os recursos humanos, materiais e financeiros. É o estabelecimento do comando único do SUS na esfera municipal.

Na medida em que o município define suas próprias necessidades na área da saúde, bem como os meios para satisfazê-las, os recursos disponíveis são maximizados possibilitando o alcance da eficiência e eficácia do setor. Uma outra grande vantagem que se pode apontar é a de que ao aproximar os agentes decisórios e executores dos usuários, o sistema facilitará a participação mais efetiva da comunidade na definição e no controle das ações de saúde.

Nesta norma, entretanto, serão regulamentados apenas os aspectos relativo aos critérios para repasse dos recursos referentes à Lei 8.142/90 e ao fluxo da documentação necessária à aferição do seu cumprimento.

Requisitos Básicos

Para receberem os recursos de forma regular e automática, para a cobertura das ações e serviços de saúde, conforme estabelecido na Lei 8.142/90, os municípios deverão contar com:

- FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – de natureza contábil e financeira que deve ser previamente autorizado pelo poder legislativo, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde ou órgão equivalente e fiscalizado pelo Conselho Municipal de Saúde. Caso o Projeto de Lei para sua criação esteja comprovadamente em tramitação, a conta especial será considerada para fins do repasse em caráter provisório.

- CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - deve ter caráter deliberativo com composição paritária de representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde (50%) e usuários (50%). Cabe aos Conselhos a aprovação dos Planos Municipais de Saúde, bem como atuar na formação de estratégia de controle da execução da política de saúde.

- PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e homologado pelo prefeito será. a base das atividades e programação da Secretaria Municipal de Saúde e seu financiamento será previsto na proposta orçamentária da Secretaria. "É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde. (Lei 8.080/90, artigo 30, parágrafo segundo)

livro12VANESSA.indd 120 2/21/aaaa 10:24:17

- RELATÓRIOS DE GESTÃO - deverão permitir o acompanhamento pelo Ministério da Saúde, através de seu sistema de auditoria, do executado em relação à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados ao Município. Esse relatório deve abordar, no mínimo, as finalidades essenciais da Secretaria, o Plano de Trabalho elaborado com metas e objetivos previstos: o plano de trabalho executado em relação ao elaborado (atividades programadas e não programadas, com as justificativas pertinentes), e os resultados alcançados, evidenciando as metas ou objetivos realizados e a programação e execução orçamentária e demonstração financeira.

- CONTRAPARTIDA DE RECURSOS PARA A SAÚDE NO RESPECTIVO ORÇAMENTO – deve ser comprovada pela publicação no diário Oficial do município, da destinação global orçamentária. É recomendável que se observe a evolução dos recursos destinados a saúde no orçamento do Município, e que se estabeleça uma meta a ser alcançada de aproximadamente, 10% do orçamento.

- COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO PLANO DE CARREIRA, CARGOS E SALÁRIOS – PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Cabe ao Estado controlar a manutenção do cumprimento de tais quesitos, podendo até, em casos extremos solicitar a rescisão do convênio de Municipalização.

Os projetos de lei de criação do Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, em tramitação, e a conta especial, serão considerados para efeito de repasse dos recursos financeiros federais de forma regular e automática aos municípios.

Fluxo de Documentação

6.1.A documentação comprobatória do cumprimento dos requisitos estabelecidos deveráser encaminhada pelos governos municipais às respectivas Secretarias Estaduais de Saúde, a fim, de habilitá-los ao repasse regular e automático dos recursos financeiros federais do SUS.

6.2. Cada Secretaria Estadual de Saúde deliberará sobre a adequação e regularidade da' documentação apresentada.

6.3. A habilitação ao repasse dos recursos (subitem 6.7) será reconhecida mediante comunicado formal e exclusivo para esse fim, encaminhado pelo Secretário Estadual de Saúde ao município requerente.

livro12VANESSA.indd 121 2/21/aaaa 10:24:17

6.4. Se o comunicado previsto não ocorrer no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega da documentação completa à Secretaria Estadual de Saúde, o Município encaminhará a cópia do processo ao Coordenador de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS, no Estado, que deliberará a respeito.

6.5. As Secretarias Estaduais de Saúde encaminharão os processos dos municípios habilitados ao repasse regular e automático, dos recursos financeiros federais do SUS à Coordenadoria de Cooperação Técnica e Controle do INAMPS no Estado, que providenciará a elaboração do Convênio conforme Minuta Padrão, e após as assinaturas dos Gestores Estaduais e Municipais, enviará o convênio com Ficha Resumo e Ficha de Cadastro Financeiro (anexo) ao Gabinete do Presidente do INAMPS.

6.6. No INAMPS, após assinatura do Presidente do Ministro da Saúde serão providenciados sua publicação e envio de cópia a CCTC e ao interessado, bem como o empenho e os repasses financeiros.

7 - PRODUTIVIDADE E QUALIDADE

Na área da saúde, uma política de qualidade e produtividade é Fundamental, objetivando, em última instância, assegurar a cada usuário do SUS, um conjunto de serviços integrais de saúde capaz de produzir o melhor resultado com o mínimo de recursos disponíveis, atendendo ainda suas expectativas de satisfação.

Visando, num primeiro momento, incentivar a produtividade, a partir de janeiro de 1991, modelo de financiamento dos serviços hospitalares públicos foi profundamente alterado, com a substituição da antiga modalidade de"orçamentação por verba" pela adoção das AIH (Autorização de Internação Hospitalar)de tal forma que a unidade recebe, mensalmente,um valor equivalente à quantidade e complexidade dos procedimentos por ela realizados.

Nesta mesma linha, cabe agora aos gestores estaduais e municipais o desenvolvimento e universalização de mecanismos que possibilitem o pagamento de incentivos pessoais à produtividade, dedicação e deslocamento, o que já vem sendo praticado com sucesso por diversas Secretarias Estaduais e Municipais.

livro12VANESSA.indd 122 2/21/aaaa 10:24:17

Em relação à qualidade será implementado no SUS o Sistema de avaliação de Qualidade em Saúde SAQS, que tem como compromisso fundamental o incremento da qualidade do atendimento e da satisfação do usuário. As maiores responsabilidades deverão ser assumidas pelos gestores municipais ou, na sua impossibilidade, pelos estaduais.

Como princípios operacionais gerais e estratégicos deste Sistema, podemos citar:

a) SIMPLICIDADE: Não devem ser criados novos entraves burocráticos para os gestores e prestadores – os instrumentos de avaliação devem ser adequados à capacidade de resposta e ao nível técnico dos recursos humanos disponíveis no sistema, sem perder de vista, entretanto, um compromisso de melhoria de qualidade de tais recursos.

b) RECONHECIMENTO DA HETEROGENEIDADE: Deverão ser consideradas as diferenças de realidade (social, institucional e sanitária, por exemplo) buscando flexibilidade de critérios, sem abrir mão das definições essenciais do Sistema como um todo, tais como acessibilidade, integralidade e participação.

c) DINÂMICA: A avaliação da qualidade deve ser compreendida como um processo em evolução permanente no qual não só os componentes culturais devem ser encarados na sua mutabilidade contradições, como também os padrões e indicadores traçados preliminarmente devem ser continuamente avaliados.

d) GRADUALIDADE: O sistema deverá evitar certas distorções inerentes aos processos gerados de forma centralizada, tais como ritualismo, intempestividade, burocratização, imposição de normas, etc.

Como medidas iniciadoras do processo de avaliação de qualidade no âmbito dos gestores e prestadores de serviços do SUS, podem ser citadas:

I- implantação do IVQ - Índice de Valorização de Qualidade, no valor de 20% de acréscimo sobre o faturamento da unidade sob a rubrica de Serviços Hospitalares para todos os hospitais públicos ou privados, integrantes dar rede do SUS, desde que preencham os requisitos definidos pela SNAS/INAMPS, em comum acordo com as entidades representativas dos outros gestores do SUS (CONASS E CONASEMS)

livro12VANESSA.indd 123 2/21/aaaa 10:24:17

II – elaboração de um documento básico sobre "direitos dos usuários do sistema único de saúde", que além de servir como um instrumento de informação à comunidade, fundamente a implantação de um sub-sistema de avaliação de satisfação de usuário; e

III- incentivo para organização de "Comissões internas de avaliação e controle de qualidade" a nível dos prestadores públicos e privados.

Acima de tudo, o sistema de avaliação de qualidade em saúde deverá ter um caráter pedagógico para todos os envolvidos, dentro do qual o incremento à qualidade deve ser mais do que incentivado: provocado, e cuja avaliação constituirá uma responsabilidade conjunta dos gestores, prestadores e usuários.

8 – DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1 – O estabelecimento de políticas e normas específicas relacionadas às órteses e próteses ambulatoriais, medicamentos especiais, tratamentos fora de domicílio e campanhas de vacinação, bem como seu financiamento, deve ser resultado de um planejamento integrado, Estado e municípios e consolidado no Plano Estadual de Saúde.

8.2 – O Tratamento Fora de Domicílio – TFD, quando realizado dentro da mesma Unidade da Federação em que se situa o município de residência do paciente, terá as despesas, não previstas no pagamento da AIH, financiadas pelo município de residência, caso o tratamento se realize em outra Unidade da Federação, tais despesas correrão por conta da Unidade Federada de origem. O montante de recurso a ser repassado pelo nível federal, nos casos que comprovadamente tiverem que ser realizados fora do País, obedecerá valores pré-estabelecidos.

8.3 – Até que sejam editadas normas específicas sobre o Sistema Único de Saúde/SUS e na ausência de outros instrumentos jurídicos que regulamentem os repasses de recursos financeiros, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

8.4 – Ressalvados os casos de manifesta impraticabilidade ou inconveniência e desde que observadas as disposições no art. 17 da Lei 8.074, de 31/07/90, será utilizado o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.

livro12VANESSA.indd 124 2/21/aaaa 10:24:18

8.5 – É vedada a utilização dos recursos em despesas que não se identifiquem diretamente com a realização do objetivo do Convênio ou serviços determinados.

8.6 – Os recursos decorrentes de serviços prestados pelas unidades assistenciais se caracterizam como receita própria.

8.7 - Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios do art. 35 da Lei 8.08/90, o montante a ser transferido a Estados, Distrito Federal e Municípios será definido no Convênio, de acordo com:

a) o critério populacional com base nos dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE;

b) empenho global (valor semestral e/ou anual).

8.8 - É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou calamidade pública, na área de saúde.

8.9 - Os casos omissos, recursos e outras pendências, deverão ser levados ao Conselho de Saúde da instância imediatamente superior que sobre eles deliberará, ouvido o gestor do SUS desta instância.

8.10 - A partir de 1993 os recursos financeiros, destinados à assistência a saúde, serão repassados de forma globalizada aos Fundos Estaduais de Saúde, devendo ser administrados pelas Secretarias Estaduais de Saúde e seus respectivos Conselhos, sem prejuízo das informações que deverão continuar a fluir para o nível federal, possibilitando o planejamento, o controle e a avaliação no que lhe compete. A implantação do planejamento ascendente e a programação e orçamentação em saúde - PROS, em cumprimento as Leis nos 8.080/90 e 8.142/90, substituirão assim a atual sistemática dos repasses federais segmentados por atividades.

livro12VANESSA.indd 125 2/21/aaaa 10:24:18

TEXTO 9

EXTINÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (INAMPS) (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 28 DE JULHO DE 1993)

LEI N. 8.689, DE 27 DE JULHO DE 1993.

Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei

Art. 1° Fica extinto, por força do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nas Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), autarquia federal criada pela Lei n° 6.439, de 1° de setembro de 1977, vinculada ao Ministério da Saúde.

Parágrafo único. As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 2° Os bens imóveis e o acervo físico, documental e material integrantes do patrimônio do Inamps serão inventariados e:

I - incorporados ao patrimônio da União, mediante termos lavrados na forma do inciso VI do art. 13 do Decreto-Lei n° 147, de 3 de fevereiro de 1967, com a redação dada pelo art. 1° da Lei n° 5.421, de 25 de abril de 1968, ficando o acervo documental sob a guarda e responsabilidade do Ministério da Saúde;

II - doados ou cedidos a municípios, estados e Distrito Federal, quando se tratar de hospitais e postos de assistência à saúde, e na conveniência de ambas as partes, cedidos, quando se tratar de imóveis de uso administrativo, os quais permanecerão como patrimônio do INSS, sendo obrigatória a publicação do ato correspondente que especifique o destinatário e o uso do bem.

livro12VANESSA.indd 126 2/21/aaaa 10:24:18

§ 1° Incluem-se no acervo patrimonial de que trata este artigo os bens móveis e imóveis cedidos a estados, municípios e Distrito Federal, e os em uso pelo Inamps ou em processo de transferência para a autarquia.
§ 2° O inventário de que trata o caput será concluído no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da publicação desta lei e divulgado pelo Diário Oficial da União.

Art. 3° Fica o Poder Executivo autorizado a transferir as dotações orçamentárias do Inamps para o Fundo Nacional de Saúde, observados os mesmos subprojetos, subatividades e grupos de despesas previstos na Lei n° 8.652, de 29 de abril de 1993.

Parágrafo único. Com o remanejamento das dotações orçamentárias, o Fundo Nacional de Saúde responderá pelas obrigações financeiras do Inamps.

Art. 4° Os recursos de custeio dos serviços transferidos ao município, estado ou Distrito Federal integrarão o montante dos recursos que o Fundo Nacional de Saúde transfere, regular e automaticamente, ao fundo estadual e municipal de saúde, de acordo com os arts. 35 e 36 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e art. 4° da Lei n° 8.142, de 25 de dezembro de 1990.

§ 1 ° Com a transferência de serviços e a doação ou a cessão de bens patrimoniais do Inamps, a União, por intermédio do Ministério da Saúde, repassará, regularmente, ao Fundo de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município, responsáveis pela execução dos serviços, os recursos financeiros que a esfera federal vem aplicando na sua manutenção e funcionamento.

§ 2° Os serviços de assistência à saúde ainda sob responsabilidade do Inamps serão prestados por municípios e estados, conforme a respectiva competência definida na Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, podendo ser executados, em caráter supletivo e transitório, pela União em relação às esferas estadual e municipal, e pelo Estado, em relação à esfera municipal.

§ 3° Não se inclui, no montante dos recursos de custeio dos serviços transferidos, a parcela referente ao pagamento de servidores federais afastados para a direção municipal ou estadual do Sistema Único de Saúde, cuja remuneração continuará a correr por conta da União.

livro12VANESSA.indd 127 2/21/aaaa 10:24:18

§ 4° Será publicada trimestralmente no Diário Oficial da União a relação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde à rede assistencial do Sistema Único de Saúde, com a discriminação dos estados, Distrito Federal e municípios beneficiados.

Art. 5° Os servidores do Inamps, ocupantes de cargos efetivos, passam a integrar o Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Saúde, respeitados os seus direitos, deveres e vantagens, sendo-lhes garantido o direito de opção por redistribuição para o Ministério da Previdência Social ou outro órgão ou entidade federal, observado o interesse geral da Administração Pública e o específico do Sistema Único de Saúde.

§ 1 ° Fica mantida a contribuição prevista no inciso 11 do art. 69 da Lei n° 3.807, de 26 de agosto de 1960, com a redação dada pela Lei n° 5.890, de 8 de junho de 1973, e no art. 22 da Lei n° 6.439, de 1° de setembro de 1977, para a Assistência Patronal, transformada na Fundação de Seguridade Social (Geap), até que seja regulamentada a assistência à saúde do servidor prevista no art. 184 da Lei n° 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

§ 2° (Vetado).

§3° Os servidores a que se refere o caput deste artigo poderão ser cedidos aos estados, Distrito Federal e municípios, na forma prevista no art. 20 da Lei n° 8.270, de 17 de dezembro de 1991.

§ 4° Aos servidores do Inamps que, na data da publicação desta lei, estejam em exercício nos hospitais universitários das universidades federais, no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e em outros órgãos e entidades da Administração Pública Federal, será assegurado o direito de opção no prazo de cento e oitenta dias, para integrarem o quadro de pessoal dos referidos órgãos e entidades, sem prejuízo dos direitos e vantagens a que fazem jus, de acordo com a legislação pertinente.

§ 5° Serão computados para fins do art. 2° da Lei n° 6.732, de 4 de dezembro de 1979, e do art: 193 da Lei n° 8.112, de 12 de dezembro de 1990, os períodos de função gratificada ou cargo em comissão exercidos por servidores do Ministério da Saúde ou de entidades vinculadas, nos órgãos e entidades do Sistema Único de Saúde nos estados, no Distrito Federal e nos municípios.

livro12VANESSA.indd 128 2/21/aaaa 10:24:18

Art. 6° Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4° do art. 33 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1 ° Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada.

§ 2° A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

§ 3° Os atuais cargos e funções referentes às ações de auditoria ficam mantidos e serão absorvidos pelo Sistema Nacional de Auditoria, por ocasião da reestruturação do Ministério da Saúde, de que trata o art. 13.

§ 4° O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria.

Art. 7° As pessoas físicas ou jurídicas que se encontram inadimplentes em relação à prestação de contas ao Inamps, ou sujeitas aos procedimentos de fiscalização previstos na Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, continuam obrigadas pelo compromisso assumido até a declaração de extinção da obrigação, mantidos os prazos legais de prescrição.

Art. 8° Os créditos do Inamps junto aos agentes ou entidades integrantes do Sistema Único de Saúde, bem como aqueles decorrentes de transações financeiras ou comerciais, já apurados na data de publicação desta lei ou decorrentes da disposição contida no parágrafo anterior, serão creditados a favor do Fundo Nacional de Saúde e informados ao Tribunal de Contas da União, mediante relatórios mensais.

Art. 9° A Consultoria Jurídica e a Secretaria de Controle Interno do Ministério da Saúde adotarão medidas para que, no prazo de cento e oitenta dias, contados da publicação desta lei, sejam concluídos todos os processos referentes a sindicâncias, inquéritos administrativos, tomadas de contas especiais ou auditorias, que estejam em tramitação, com ampla divulgação de seus resultados.

Parágrafo único. As conclusões das auditorias realizadas desde 1° de janeiro de 1989 serão encaminhadas ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério Público Federal.

livro12VANESSA.indd 129 2/21/aaaa 10:24:18

Art. 10 Os dados contidos nos sistemas de informação do Datasus e Dataprev, de interesse do Inamps, permanecerão disponíveis e acessíveis a qualquer interessado.

Art. 11 A União sucederá o Inamps nos seus direitos e obrigações, nos termos desta lei.

Art. 12 O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembléias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 13 O Poder Executivo, no prazo máximo de noventa dias, procederá à reestruturação global do Ministério da Saúde e de seus órgãos e entidades, com vistas à adequação de suas atividades ao disposto na Constituição Federal e nas Leis nOs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, encaminhando ao Congresso Nacional projeto de lei correspondente a eventuais mudanças na sua estrutura básica e propostas de extinção ou criação de órgãos e entidades.

Parágrafo único. A reestruturação a que se refere este artigo contemplará a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria, ora instituído, assim como suas correspondentes projeções nas Unidades da Federação, que funcionará nos termos do inciso XIX do art. 16 e do § 4° do art. 33 da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do inciso IV do art. 4° da Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 14 Após a extinção do Inamps, a União, através do Orçamento da Seguridade Social, obriga-se a garantir ao Sistema Único de Saúde, permanentemente e sem prejuízo da participação dos recursos do Orçamento Fiscal, o aporte anual de recursos financeiros equivalentes, no mínimo, à média dos gastos da autarquia nos últimos cinco exercícios fiscais.

Art. 15 O Ministro de Estado da Saúde expedirá todos os atos necessários à manutenção da continuidade dos serviços assistenciais de que trata esta lei.

livro12VANESSA.indd 130 2/21/aaaa 10:24:18

Art. 16 No desempenho de suas atribuições institucionais, o Conselho Nacional de Saúde acompanhará a execução do disposto nesta lei e opinará sobre a reestruturação prevista no art. 13.

Art. 17 As despesas decorrentes da execução desta lei correrão por conta da dotação orçamentária global do Ministério da Saúde.

Art. 18 Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 19 Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 27 de julho de 1993; 172° da Independência e 105° da República.

ITAMAR FRANCO

Jamil Haddad

livro12VANESSA.indd 131 2/21/aaaa 10:24:18

TEXTO 10

NORMA OPERACIONAL BÁSICA – NOB/SUS 01/1993 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 24 DE MAIO DE 1993)

PORTARIA GM/MS N. 545 DE 20 DE MAIO DE 1993

1. INTRODUÇÃO

Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

Fundamenta-se, para tanto, no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS - a Lei 8.080 de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90 - e no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

A construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços vem assumindo dimensões bastante complexas. Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos.

a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social;

b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupões diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;

c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;

d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde;

livro12VANESSA.indd 132 2/21/aaaa 10:24:18

e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas impondo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população;

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema;

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.

Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos estados e municípios, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo, descritas e disciplinadas nos itens desta norma e outros instrumentos complementares que se fizerem necessários.

2. DO GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde respectivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

livro12VANESSA.indd 133 2/21/aaaa 10:24:18

2.1. No âmbito nacional:

2.1.1. Comissão Intergestores Tripartite - integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto de Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.2. Conselho Nacional de Saúde - constituído em conformidade com o Decreto n° 99.438, de 07/08/90, atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde.

2.2. No âmbito estadual:

2.2.1. Comissão Intergestores Bipartite - integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

2.2.1.1. O Secretário de Saúde do município da capital será considerado membro nato desta Comissão.

2.2.1.2. Cada estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador.

2.2.2. Conselho Estadual de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na lei 8.142, de 1990.

2.3. No âmbito municipal:

2.3.1. Conselho Municipal de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal, observado o disposto na lei 8.142, de 1990.

livro12VANESSA.indd 134 2/21/aaaa 10:24:19

2.4. Fluxo decisório

Além do papel de cada um destes foros em seu âmbito próprio, a dinâmica do gerenciamento do processo de descentralização requer uma articulação entre eles como segue.

2.4.1. Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso Alguma das partes considere-se lesada pela decisão, quer da Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá ser levada ao Conselho Nacional de Saúde para sua resolução.

2.5. O Conselho Nacional de Saúde poderá ser formado como instância de recurso em qualquer tempo, ficando a seu critério consultar ou delegar à Comissão Tripartite e resolução do problema.

2.6. Os acordos firmados pela Comissão Bipartite e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde prevalecerão sobre as disposições legais e considerem as diretrizes contidas no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei.

3. DO FINANCIAMENTO COM RECURSOS ARRECADADOS PELA UNIÃO

3.1. O financiamento das atividades ambulatoriais dar-se-á da seguinte forma:

3.1.1. As ações e serviços ambulatoriais, públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais - SINSUS e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo - APA, a ser definido em Ordem de serviço específica e sua emissão autorizada exclusivamente por médico (não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gesto r para este fim.

livro12VANESSA.indd 135 2/21/aaaa 10:24:19

3.1.2. A Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, destinada a definir os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios, é fixada através de resolução da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos estados, com base nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desem penho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior, ouvida a Comissão Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

3.1.2.1. O valor nominal da UCA será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde, como estabelecido pelo Decreto n° 806, de 24/04/93.

3.1.2.2. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração dentro do necessário para suprir a diferença constatada.

3.1.3. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial- RCA - destinados anualmente aos estados e ao Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, serão obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

3.1.3.1. O valor anual calculado será dividido em duodécimos, constituindo-se no RCNmês.

3.1.4. O Fator de Apoio ao Estado - FAE - caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão incipiente parcial e semi-plena, para utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais, em programação aprovada pela Comissão Bipartite.

3.1.4.1. O FAE será calculado da seguinte forma:

- Calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo n° de habitantes do estado;
- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

3.1.5. A base de cálculo para o estabelecimento de teto financeiro mensal para os municípios será a média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992), corrigido pela sua capacidade potencial de produção (equipamentos x re-

livro12VANESSA.indd 136 2/21/aaaa 10:24:19

cursos humanos), população adscrita e complexidade da rede. Os municípios que dispuserem de rede ambulatorial, mas sem registro anterior de produção, serão avaliados segundo a sua capacidade potencial de produção, população adscrita e complexidade da rede para definição dos seus tetos.

3.1.5.1. Tal ajuste implica em redistribuição do volume de recursos já previsto no cálculo do RCA, não correspondendo, portanto a um acréscimo no quantitativo financeiro devido ao estado.

3.1.5.2. Os valores deste tetos serão reajustados nos mesmos percentuais que os valores da UCA do estado a que pertence o município.

3.1.6. Para os estados, o teto financeiro será calculado deduzindo-se de seu RCAlmês os tetos fixados para os seus municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena (item 4.1 - Da Operacionalização).

3.1.7. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos dos serviços, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurando o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.1.8. A programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos municípios e do estado na Comissão Intergestores Bipartite, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, quotas, referência e contra-referência devem ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

3.2. O Fator de Apoio ao Município -FAM - caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

3.2.1. O valor do FAM será obtido da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo n° de habitantes do município;

livro12VANESSA.indd 137 2/21/aaaa 10:24:19

- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

3.3. O financiamento das atividades hospitalares dar-se-á da seguinte forma.

3.3.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde serão custeadas através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.3.2. O teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores, segundo as necessidades da população, observando:

3.3.2.1. Para os municípios, o teto quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para os estados será de um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos devidos aos seus municípios que não estiverem nas condições de gestão incipiente, parcial ou semiplena.

3.3.2.2. Tais percentuais poderão ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde, observando o limite de 19% que cabe ao estado.

3.3.2.3. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para estados será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado Uaneiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.2.4. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para municípios será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no município Uaneiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.3. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos de AIH, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existente, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

livro12VANESSA.indd 138 2/21/aaaa 10:24:19

3.3.4. A Comissão Bipartite, em cada estado, definirá os quantitativos de AIH e o funcionamento de uma Câmara de Compensação que viabilize a necessária circulação de AIH entre os municípios, mantida sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

3.3.5. Os municípios poderão pleitear AIH adicionais à Câmara de Compensação da Secretaria Estadual ou a munic ípios vizinhos para unidades que atuem como referência.

3.4. Os recursos de investimento terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridades em Investimento, após a avaliação, negociação e compatibilização de Planos Municipais e Estaduais, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

3.4.1. Os estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena receberão prioritariamente em relação aos demais os recursos de investimento a serem por eles gerenciados em consonância com a política nacional de investimento em saúde e obedecendo o plano estadual de prioridades em investimento.

3.5. O financiamento de ações de vigilância em saúde e outras ações será definido no prazo de 90 dias, através de normas complementares.

4. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO

O processo de descentralização, objeto desta norma, dar-se-á através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições de gestão do SUS nos estados e municípios.

4.1. Condição de gestão incipiente

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartites em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos, demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades

livro12VANESSA.indd 139 2/21/aaaa 10:24:19

ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básica de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação são indispensáveis os itens b1, b2, e b3 e no que for pertinente às responsabilidades e prerrogativas por ele assumidas, o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b3) dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários;

b4) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais pública estaduais ou federais ainda não cedidas ao município, para assumir o seu gerenciamento;

b5) dispor de médico responsável pela emissão das autoridades de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

b6) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos dos dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

c) operacionalização

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH - assinada pelo gesto r municipal do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA - assinada pelo gestor municipal do SUS;

c3) a programação de cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH - será feita pela Secretaria Municipal de Saúde, e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado

livro12VANESSA.indd 140 2/21/aaaa 10:24:19

para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.1.b6;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária -FPO - será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde;

c6) as unidades ambulatoriais encaminharão, mensalmente, às Secretarias Municipais de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP - serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos.

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com uma cópia à Secretaria Estadual de Saúde.

4.1.2. Condição de gestão parcial

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município;

b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado

livro12VANESSA.indd 141 2/21/aaaa 10:24:19

semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários;

b5) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços

b6) dispor de médico responsável pela emissão das autoridades de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

b7) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

b8) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de gestão atualizado;

b9) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contra partida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a Saúde;

b10) apresentar à Comissão Bipartite comprovante de existência de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou plano já elaborado;

b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

c) operacionalízação

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH - assinada pelo gestor municipal do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA - assinada pelo gestor municipal do SUS;

c3) a programação da cota de Autorização de Internação Hospitalar - AIH - será feita pela Secretaria Municipal de Saúde, e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gesto r municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.2.b6;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária -FPO - será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aí incluídas as fede-

livro12VANESSA.indd 142 2/21/aaaa 10:24:19

rais ou estaduais remanescentes, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

c6) as unidades ambulatoriais privadas ou públicas, incluindo as unidades federais ou estaduais remanescentes em seu território, apresentarão mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial- BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP - serão assinados pelo gesto r municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH's utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-Ias e encaminhá-Ias ao Ministério da Saúde para pagamento, com cópia à Secretaria Estadual de Saúde;

c8) o repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatoriais e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

4.1.3. Condição de gestão semi-plena

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-Ias;

b3) dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

livro12VANESSA.indd 143 2/21/aaaa 10:24:19

b5) apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de saúde atualizado;

b6) apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

b7) comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contra partida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a Saúde;

b8) apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou plano já elaborado;

b9) apresentar à Comissão Bipartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. O descumprimento por dois anos sucessivos, atestado pela Comissão Bipartite, determina a perda da condição;

b10) os processos de habilitação de municípios à condição semi-plena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comissão Tripartite, à qual caberá a seleção final, respeitadas as restrições financeiras;

b11) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais -SINSUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.

c)operacionalização

c1) nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluindo o processamento de dados pertinente, serão definidos e executados pelos municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados estaduais e federais.

c2) o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação em vigor.

4.1.4. Os municípios que, por avaliação da Comissão Bipartite, não tenham condições técnicas e materiais para enquadramento em nenhuma das condições descritas serão alvo de um programa de capacitação sob responsabilidade do esta-

livro12VANESSA.indd 144 2/21/aaaa 10:24:20

do, para que possam assumir gradativamente as responsabilidades e prerrogativas que caracterizam a condição de gestão incipiente, até que venham a cumprir os requisitos para sua inclusão nesta sistemática.

4.1.5. Estas condições aplicam-se tão somente a municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem a ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde.

4.2. Sistemáticas de relacionamento para os estados

4.2.1. Condição de gestão parcial

a) responsabilidades e prerrogativas - a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, abrangendo manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimentos próprios e os transferidos pela esfera federal, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena , a Secretaria Estadual de saúde assume cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

b) requisitos - para o enquadramento e permanência nesta situação o estado deve:

b1) manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

b2) dispor de condições técnicas e materiais para assumi-Ias;

b3) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

b4) dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semes-

livro12VANESSA.indd 145 2/21/aaaa 10:24:20

tralmente por extratos bancários;

b5) dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas de reuniões;

b6) apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde atualizado;

b7) apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;

b8) comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde;

b9) apresentar à Comissão Tripartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o estado, ou o plano já elaborado;

b10) apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação Integrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde;

b11) apresentar à Comissão Tripartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, que contemple as metas que o gesto r se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à mesma os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. Dois descumprimentos sucessivos determinam a perda da condição;

b12) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais -SIN-SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS;

b13) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) operacionalização

c1) respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais serão definidos pelos estados, observando a necessidade de manutenção dos bancos de dados federais;

c2) o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação em vigor.

livro12VANESSA.indd 146 2/21/aaaa 10:24:20

4.3.3. Os estados que, por avaliação da Comissão Tripartite, não tenham possibilidades técnicas e materiais para o enquadramento em nenhuma das condições descritas permanecerão na condição de gestão incipiente, como segue:

a) responsabilidades e prerrogativas - respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; coordena e executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) obrigações

b1) dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento;

b2) dispor de Fundo Estadual de Saúde;

b3) dispor de Comissão Bipartite em atividade;

b4) dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

b5) dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

b6) manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais -SIN-SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS;

b7) manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

c) operacionalização

c1) as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH - assinada pelo gestor estadual do SUS;

c2) as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA - assinada pelo gestor municipal do SUS;

c3) a distribuição de cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH ne-

livro12VANESSA.indd 147 2/21/aaaa 10:24:20

gociada na Comissão Bipartite, será feita pela Secretaria Estadual de Saúde e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;

c4) a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor estadual, respeitadas as restrições do item 4.3.3.b4;

c5) em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária -FPO - será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, e a totalização do montante orçado por município aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;

c6) o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA - e o Boletim de Diferença de Pagamento -BDP - serão assinados pelo gestor estadual do SUS que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

c7) os hospitais deverão apresentar, as AIH's utilizadas à Secretaria Estadual de Saúde, que encarregar-se- á de verificá-Ias e encaminhá-Ias ao Ministério da Saúde para pagamento.

5. DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1. Até que sejam editados novos instrumentos jurídicos que regulamentem as transferências de recursos financeiros, materiais e humanos no Sistema Único de Saúde, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

5.1.1. Os bens móveis e imóveis bem como os recursos humanos serão transferidos da esfera federal aos estados e municípios, mediante termos de cessão específicos.

5.2. O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar para estados e municípios em condição de gestão semi-plena, bem como dos saldos relativos a estes tetos para os inclusos na situação parcial, será feito mensalmente, obedecido a um cronograma a ser estabelecido pelas partes.

5.3. No prazo de 60 dias, a partir da data de publicação desta norma, o Ministério da Saúde reverá os termos de cessão de bens e de pessoal ora em vigor, bem como o convênio que Ihes dá suporte, alterando-os no que for pertinente segundo o disposto nesta norma.

livro12VANESSA.indd 148 2/21/aaaa 10:24:20

5.4. Até que seja elaborado o Plano Nacional de Prioridades em Investimento, com base nos Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberados mediante a apresentação de parecer dos respectivos Conselhos de Saúde.

5.5. Os recursos provenientes de serviços prestados pelas unidades assistenciais deverão ser identificados nos Fundos de Saúde Estaduais e Municipais como receita operacional proveniente da esfera federal, e utilizados na execução de ações de saúde previstas nos respectivos Planos de Saúde.

5.6. Até que sejam definidos critérios e mecanismos de correção da série histórica pela Comissão Tripartite, o teto financeiro ambulatorial mensal para os municípios será fixado com base na média de seu gasto histórico Uaneiro a dezembro de 1992).

5.7. A Guia de Autorização de Pagamento - GAP - não será aceita para pagamento de serviços ambulatoriais, após a expiração do prazo dos convênios celebrados entre INAMPS e estados para implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais SINSUS.

5.8. O teto financeiro hospitalar para municípios e estados só será estabelecido de imediato para os inclusos nas condições de gestão parcial e semi-plena.

5.8.1. Para os demais municípios, a série histórica, correspondente ao gasto realizado entre a data de publicação desta norma e o dia 31 de dezembro de 1993, será utilizada para fixação de tetos.

5.9. Com a publicação desta norma, deixam de existir o Fator de Estímulo à Municipalização -FEM- e o Fator de estímulo à Gestão Estadual -FEGE- previstos na Portaria n° 234/92 (NOB-SUS/1992).

5.10. Em cada esfera de governo, os recursos provenientes de taxas e multas aplicadas pela vigilância sanitária deverão ser alocados no respectivo Fundo de Saúde.

5.11. Os estados terão o prazo de 30 dias, a partir da data de publicação desta norma, para constituir a Comissão Bipartite, findo o qual a Comissão Tripartite incumbir-se-á de avaliar o processo de enquadramento dos municípios na nova sistemática até que os estados se habilitem a fazê-Io.

livro12VANESSA.indd 149 2/21/aaaa 10:24:20

5.12. A partir da data de sua constituição, a Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias para submeter ao Conselho Estadual de Saúde a proposta de critérios que orientarão o processo de descentralização no estado.

5.13. A Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias, a partir da data de entrega da solicitação de enquadramento em qualquer das condições de gestão pelo município, para análise, manifestação e encaminhamento ao Ministério da Saúde.

5.14. No caso do estado que, permanecendo na condição de gestão incipiente, não cumpra as obrigações previstas, no prazo de 60 dias a partir da data da publicação desta norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

5.15. Os municípios que cumpriram o estabelecimento na Portaria n° 234/92 (NOBSUS/1992), os "municipalizados", serão automaticamente incluídos na condição de gestão parcial, desde que manifestem seu interesse por escrito ao Ministério da Saúde. No prazo de 120 dias, a partir da data de publicação desta norma, o município comprovará à Comissão Bipartite o cumprimento de todos os requisitos pertinentes. A não comprovação implica em perda temporária da condição, cabendo à Comissão Bipartite reavaliar o caso.

5.16. Os casos omissos deverão ser dirimidos nas Comissões Bipartites, no Conselho Estadual de Saúde ou na Comissão Tripartite, conforme fluxo estabelecido nas Disposições Preliminares desta norma.

É complementado pela Instrução Normativa n° 1, de 23 de setembro de 1993 do M.S.

livro12VANESSA.indd 150 2/21/aaaa 10:24:20

TEXTO 11

DECRETO N. 1.232, DE 30 DE AGOSTO DE 1994, REGULAMENTA O REPASSE FUNDO A FUNDO (PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 31 DE AGOSTO DE 1994)

DISPÕEM SOBRE AS CONDIÇÕES E A FORMA DE REPASSE REGULAR E AUTOMÁTICO DE RECURSOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE PARA OS FUNDOS DE SAÚDE ESTADUAIS, MUNICIPAIS E DO DISTRITO FEDERAL, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, DECRETA:

Art. 1º Os recursos do Orçamento da Seguridade Social alocados ao Fundo Nacional de Saúde e destinados à cobertura dos serviços e ações de saúde a serem implementados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios serão a estes transferidos, obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congênere e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e exigências contidas neste decreto.

§ 1º Enquanto não forem estabelecidas, com base nas características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais previstas no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990, as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, a distribuição dos recursos será feita exclusivamente segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, segundo estimativas populacionais fornecidas pelo IBGE, obedecidas as exigências deste decreto.

§ 2º Fica estabelecido o prazo de 180 dias, a partir da data de publicação deste Decreto, para que o Ministério da Saúde defina as características epidemiológicas e de organização dos serviços assistenciais referidas no parágrafo anterior.

livro12VANESSA.indd 151 2/21/aaaa 10:24:20

Art. 2º A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 1º Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pelas Comissões Bipartites da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões, assim como à compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

§ 2º O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas.

§ 3º O Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas exigidas para aprovação dos planos de saúde do município.

Art. 3º Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

Art. 4º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos Estados, Distritos Federal e Municípios, acompanhará a conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde.

Art. 6º A descentralização dos serviços de saúde para os Municípios e a regionalização da rede de serviços assistenciais serão promovidas e concretizadas com a cooperação técnica da União, tendo em vista o direito de acesso da população aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e à igualdade do atendimento.

livro12VANESSA.indd 152 2/21/aaaa 10:24:20

Art. 7º A cooperação técnica da União com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, previstas no art. 16, inciso XIII, da Lei Orgânica da Saúde, e no art. 30, inciso VII, da Constituição Federal, será exercida com base na função coordenadora da direção nacional do Sistema Único de Saúde, tendo em vista a realização das metas do Sistema e a redução das desigualdades sociais e regionais.

Art. 8º A União, por intermédio da direção nacional do SUS, incentivará os Estados, o Distrito Federal e os Municípios a adotarem política de recursos humanos caracterizada pelos elementos essenciais de motivação do pessoal da área da saúde, de sua valorização profissional e de remuneração adequada.

Art. 9º A União, por intermédio da direção nacional do SUS, sem prejuízo da atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, exercerá o controle finalístico global do Sistema Único de Saúde, utilizando-se, nesse sentido, dos instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados neste Decreto.

Art. 10 O atendimento de qualquer natureza na área do Sistema Único de Saúde, quando prestado a paciente que seja beneficiário de plano de saúde, deverá ser ressarcido pela entidade mantenedora do respectivo plano.

Art. 11 O Ministério da Saúde, por intermédio de seus órgãos competentes, adotará as medidas administrativas destinadas à operacionalização do disposto neste Decreto.

Art. 12 Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 30 de agosto de 1994; 173º da Independência e 106º da República.

ITAMAR FRANCO

Henrique Santillo

livro12VANESSA.indd 153 2/21/aaaa 10:24:20

TEXTO 12

REGULAMENTA O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (PUBLICADO DO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 29 DE SETEMBRO DE 1995)

DECRETO N. 1.651, DE 28 DE SETEMBRO DE 1995

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição. com fundamento nos artigos 15, inciso I, 16, inciso XIX e 33, § 4º, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no artigo 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993,

DECRETA:

Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os níveis de governo, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único. Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA. nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

livro12VANESSA.indd 154 2/21/aaaa 10:24:21

I - à análise:

a) do contexto normativo referente ao SUS;

b) de planos de saúde, de programações e de relatórios de gestão;

c) dos sistemas de controle, avaliação e auditoria;

d) de sistemas de informação ambulatorial e hospitalar;

e) de indicadores de morbimortalidade;

f) de instrumentos e critérios de acreditação, credenciamento e cadastramento de serviços;

g) da conformidade dos procedimentos dos cadastros e das centrais de internação;

h) do desempenho da rede de serviços de saúde;

i) dos mecanismos de hierarquização, referência e contra-referência da rede de serviços de saúde;

j) dos serviços de saúde prestados, inclusive por instituições privadas, conveniadas ou contratadas; e

l) de prontuários de atendimento individual e demais instrumentos produzidos pelos sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares;

II - à verificação:

a) de autorizações de internações e de atendimentos ambulatoriais; e

b) de tetos financeiros e de procedimentos de alto custo;

III - ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e o chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor publico, que afete as ações e serviços de saúde.

Art. 4º O SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

§ 1º. O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria - DCAA, criado pelo § 4º do art. 6º da Lei nº 8.689, de 1993, é o órgão de atuação do SNA, no plano federal.

livro12VANESSA.indd 155 2/21/aaaa 10:24:21

§ 2º. Designada pelo Ministro de Estado da Saúde, para funcionar junto ao DCAA, integra, ainda, o SNA uma Comissão Corregedora Tripartite, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la.

§ 3º. A estrutura e o funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Art. 5° Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

I - no plano federal

a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios mediante análise dos relatórios de gestão de que tratam o art. 4°, inciso IV, da Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5° do Decreto n° 1.232, de 30 de agosto de 1994;

b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional em conformidade com a política nacional de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão;

d) os sistemas estaduais de saúde; e

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;

II - no plano estadual

a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos Municípios. de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;

b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;

c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;

d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde; e

e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria;

III - no plano municipal:

a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;

b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados

livro12VANESSA.indd 156 2/21/aaaa 10:24:21

e conveniados; e

c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.

§1º . À Comissão Corregedora Tripartite caberá:

I - velar pelo funcionamento harmônico e ordenado do SNA;

II - identificar distorções no SNA e propor à direção correspondente do SUS a sua correção;

III - resolver os impasses surgidos no âmbito do SNA;

IV - requerer dos órgãos competentes providências para a apuração de denúncias de irregularidades, que julgue procedentes; e

V - aprovar a realização de atividades de controle, avaliação e auditoria pelo nível federal ou estadual do SNA, conforme o caso, em Estados ou Municípios, quando o órgão a cargo do qual estiverem afetas mostrar-se omisso ou sem condições de executá-las.

§2º . Os membros do Conselho Nacional de Saúde poderão ter acesso aos trabalhos desenvolvidos pela Comissão Corregedora Tripartite, sem participação de caráter deliberativo.

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante:

a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, celebrados para a execução de programas e projetos específicos; e

b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

II - para o Tribunal de Contas. a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde. remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas.

livro12VANESSA.indd 157 2/21/aaaa 10:24:21

§1º. O relatório de gestão de que trata a alínea b do inciso I deste artigo será também encaminhado pelos Municípios ao respectivo Estado.

§2º. O relatório de gestão do Ministério da Saúde será submetido ao Conselho Nacional de Saúde, acompanhado dos relatórios previstos na alínea b do inciso I deste artigo.

§3º. O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:

I - programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;

II - comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8 142, de 1990;

III - demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS; e

IV - documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Art. 7º Os órgãos do SNA exercerão atividades de controle, avaliação e auditoria nas entidades privadas, com ou sem fins lucrativos, com as quais a respectiva direção do SUS tiver celebrado contrato ou convênio para realização de serviços de assistência à saúde.

Art. 8º É vedado aos dirigentes e servidores dos órgãos que compõem o SNA e os membros das Comissões Corregedoras serem proprietários, dirigente, acionista ou sócio quotista de entidades que prestem serviços de saúde no âmbito do SUS.

Art. 9º A direção do SUS em cada nível de governo apresentará trimestralmente o Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Art. 10 Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA, sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do Estado ou Município.

livro12VANESSA.indd 158 2/21/aaaa 10:24:21

Art. 11 Os órgãos do SUS e as entidades privadas, que dele participarem de forma complementar, ficam obrigados a prestar, quando exigida, ao pessoal em exercício no SNA e à Comissão Corregedora, toda informação necessária ao desempenho das atividades de controle, avaliação e auditoria, facilitando-lhes o acesso a documentos, pessoas e instalações.

Art.12 Os Conselhos de Saúde, por maioria de seus membros, poderão, motivadamente, recomendar, à discrição dos órgãos integrantes do SNA e da Comissão Corregedora Tripartite, a realização de auditorias e avaliações especiais.

Art. 13 O DCAA integrará a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art. 14 Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a expedir normas complementares a este Decreto.

Art. 15 Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 16 Revoga-se o Decreto nº 1.105, de 6 de abril de 1994.

Brasília, 28 de setembro de 1995; 174º da Independência e 107° da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Adib Jatene

*Republicado por ter saído com incorreção no DOU de 29.09.95, seção 1.

livro12VANESSA.indd 159 2/21/aaaa 10:24:21

TEXTO 13

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - NOB 1/96 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 6 DE NOVEMBRO DE 1996)

PORTARIA GM/MS N. 2.203, DE 5 NOVEMBRO DE 1996

O MINISTRO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e considerado que está expirando o prazo para apresentação de contribuições ao aperfeiçoamento da Norma Operacional Básica - NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi definido pela Portaria n° 1.742, de 30 de agosto de 1996, e prorrogado por recomendação da Plenária da 10ª Conferência Nacional de Saúde, resolve:

Art. 1° Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde, da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas da gestão do sistema.

Art. 2° Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação.

ADIB D. JATENE

livro12VANESSA.indd 160 2/21/aaaa 10:24:21

ANEXO I

NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOB-SUS 1/96

"Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão"

1. Introdução

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana da população brasileira, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como, também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Esses ideais foram transformados, na Carta Magna, em direito à saúde, o que significa que cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir de políticas públicas (econômicas e sociais (que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal (para todos) e equânime (com justa igualdade) a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral).

A partir da nova Constituição da República, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, neste sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1991 e 1993.

Com a Lei nº 8.080/90, fica regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pela Constituição Federal de 1988, que agrega todos os serviços estatais (das esferas federal, estadual e municipal (e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados) e que é responsabilizado, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais.

As Normas Operacionais Básicas, por sua vez, a partir da avaliação do estágio de implantação e desempenho do SUS, se voltam, mais direta e imediatamente, para a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientam a operacionalidade desse Sistema.

livro12VANESSA.indd 161 2/21/aaaa 10:24:21

2. Finalidade

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação técnica e financeira dos poderes públicos estadual e federal, compreende, portanto, não só a responsabilidade por algum tipo de prestação de serviços de saúde (Artigo 30, inciso VII), como, da mesma forma, a responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências sanitárias ambientais (Artigo 30, inciso V).

Busca-se, dessa forma, a plena responsabilidade do poder público municipal. Assim, esse poder se responsabiliza, como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre co-responsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.

Ao tempo em que aperfeiçoa a gestão do SUS, esta NOB aponta para uma reordenação do modelo de atenção à saúde, na medida em que redefine:

a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;

livro12VANESSA.indd 162 2/21/aaaa 10:24:21

c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, Fundo a Fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;

d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; e

e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle sociais.

3. Campos da Atenção à Saúde

A atenção à saúde, que encerra todo o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreende três grandes campos, a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente o domiciliar;

b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros); e

c) o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, de que são partes importantes as questões relativas às políticas macroeconômicas, ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Convém ressaltar que as ações de política setorial em saúde, bem como as administrativas (planejamento, comando e controle) são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. Ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

livro12VANESSA.indd 163 2/21/aaaa 10:24:21

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. É importante assinalar que existem, da mesma forma, conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes as atividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

4. Sistema de Saúde Municipal

A totalidade das ações e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, e disciplinados segundo subsistemas, um para cada município (o SUSMunicipal (voltado ao atendimento integral de sua própria população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional.

Os estabelecimentos desse subsistema municipal, do SUS-Municipal, não precisam ser, obrigatoriamente, de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isso significa dizer que, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva dessa esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho de Saúde e de outras diferentes instâncias de poder. Assim, nesta NOB gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação

livro12VANESSA.indd 164 2/21/aaaa 10:24:21

e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.

A criação e o funcionamento desse sistema municipal possibilitam uma grande responsabilização dos municípios, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território. No entanto, possibilitam, também, um elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo, a unicidade do SUS. Há que se integrar, harmonizar e modernizar, com eqüidade, os sistemas municipais.

A realidade objetiva do poder público, nos municípios brasileiros, é muito diferenciada, caracterizando diferentes modelos de organização, de diversificação de atividades, de disponibilidade de recursos e de capacitação gerencial, o que, necessariamente, configura modelos distintos de gestão.

O caráter diferenciado do modelo de gestão é transitório, vez que todo e qualquer município pode ter uma gestão plenamente desenvolvida, levando em conta que o poder constituído, nesse nível, tem uma capacidade de gestão intrinsecamente igual e os seus segmentos populacionais dispõem dos mesmos direitos.

A operacionalização das condições de gestão, propostas por esta NOB, considera e valoriza os vários estágios já alcançados pelos estados e pelos municípios, na construção de uma gestão plena.

Já a redefinição dos papéis dos gestores estadual e federal, consoante a finalidade desta Norma Operacional, é, portanto, fundamental para que possam exercer as suas competências específicas de gestão e prestar a devida cooperação técnica e financeira aos municípios.

O poder público estadual tem, então, como uma de suas responsabilidades nucleares, mediar a relação entre os sistemas municipais; o federal, de mediar entre os sistemas estaduais. Entretanto, quando ou enquanto um município não assumir a gestão do sistema municipal, é o Estado que responde, provisoriamente, pela gestão de um conjunto de serviços capaz de dar atenção integral àquela população que necessita de um sistema que lhe é próprio.

livro12VANESSA.indd 165 2/21/aaaa 10:24:22

As instâncias básicas para a viabilização desses propósitos integradores e harmonizadores são os fóruns de negociação, integrados pelos gestores municipal, estadual e federal - a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelos gestores estadual e municipal - a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Por meio dessas instâncias e dos Conselhos de Saúde, são viabilizados os princípios de unicidade e de eqüidade.

Nas CIB e CIT são apreciadas as composições dos sistemas municipais de saúde, bem assim pactuadas as programações entre gestores e integradas entre as esferas de governo. Da mesma forma, são pactuados os tetos financeiros possíveis (dentro das disponibilidades orçamentárias conjunturais (oriundos dos recursos das três esferas de governo, capazes de viabilizar a atenção às necessidades assistenciais e às exigências ambientais. O pacto e a integração das programações constituem, fundamentalmente, a conseqüência prática da relação entre os gestores do SUS.

A composição dos sistemas municipais e a ratificação dessas programações, nos Conselhos de Saúde respectivos, permitem a construção de redes regionais que, certamente, ampliam o acesso, com qualidade e menor custo. Essa dinâmica contribui para que seja evitado um processo acumulativo injusto, por parte de alguns municípios (quer por maior disponibilidade tecnológica, quer por mais recursos financeiros ou de informação), com a conseqüente espoliação crescente de outros.

As tarefas de harmonização, de integração e de modernização dos sistemas municipais, realizadas com a devida eqüidade (admitido o princípio da discriminação positiva, no sentido da busca da justiça, quando do exercício do papel redistributivo), competem, portanto, por especial, ao poder público estadual. Ao federal, incumbe promovê-las entre as Unidades da Federação.

O desempenho de todos esses papéis é condição para a consolidação da direção única do SUS, em cada esfera de governo, para a efetivação e a permanente revisão do processo de descentralização e para a organização de redes regionais de serviços hierarquizados.

livro12VANESSA.indd 166 2/21/aaaa 10:24:22

5. Relações entre os Sistemas Municipais

Os sistemas municipais de saúde apresentam níveis diferentes de complexidade, sendo comum estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município atenderem usuários encaminhados por outro. Em vista disso, quando o serviço requerido para o atendimento da população estiver localizado em outro município, as negociações para tanto devem ser efetivadas exclusivamente entre os gestores municipais.

Essa relação, mediada pelo estado, tem como instrumento de garantia a Programação Pactuada e Integrada na CIB regional ou estadual e submetida ao Conselho de Saúde correspondente. A discussão de eventuais impasses, relativos à sua operacionalização, deve ser realizada também no âmbito dessa Comissão, cabendo, ao gestor estadual, a decisão sobre problemas surgidos na execução das políticas aprovadas. No caso de recurso, este deve ser apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES).

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que a gerência (comando) dos estabelecimentos ou órgãos de saúde de um município é da pessoa jurídica que opera o serviço, sejam esses estatais (federal, estadual ou municipal) ou privados. Assim, a relação desse gerente deve ocorrer somente com o gestor do município onde o seu estabelecimento está sediado, seja para atender a população local, seja para atender a referenciada de outros municípios.

O gestor do sistema municipal é responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município. No entanto, quando um gestor municipal julgar necessária uma avaliação específica ou auditagem de uma entidade que lhe presta serviços, localizada em outro município, recorre ao gestor estadual.

Em função dessas peculiaridades, o pagamento final a um estabelecimento pela prestação de serviços requeridos na localidade ou encaminhados de outro município é sempre feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.

Os recursos destinados ao pagamento das diversas ações de atenção à saúde prestadas entre municípios são alocados, previamente, pelo gestor que demanda esses serviços ao município sede do prestador. Este município incorpora os recursos

livro12VANESSA.indd 167 2/21/aaaa 10:24:22

ao seu teto financeiro. A orçamentação é feita com base na Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre gestores, que, conforme já referido, é mediada pelo estado e aprovada na CIB regional e estadual e no respectivo Conselho de Saúde.

I. Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutiva, pode requerer, ao gestor estadual, que a parte de recursos alocados no município vizinho seja realocada para o seu município.

II. Esses mecanismos conferem um caráter dinâmico e permanente ao processo de negociação da Programação Pactuada e Integrada, em particular quanto à referência intermunicipal.

6. Papel do Gestor Estadual

São identificados quatro papéis básicos para o estado, os quais não são, necessariamente, exclusivos e seqüenciais. A explicitação a seguir apresentada tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica perseguida para a gestão nesse nível de Governo. O primeiro desses papéis é exercer a gestão do SUS, no âmbito estadual.

O segundo papel é promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção integral. O terceiro é assumir, em caráter transitório (o que não significa caráter complementar ou concorrente), a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si essa responsabilidade.

As necessidades reais não atendidas são sempre a força motriz para exercer esse papel, no entanto, é necessário um esforço do gestor estadual para superar tendências históricas de complementar a responsabilidade do município ou concorrer com essa função, o que exige o pleno exercício do segundo papel.

Finalmente, o quarto, o mais importante e permanente papel do estado, é ser o promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo, assim, o SUS-Estadual. O exercício desse papel pelo gestor requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica que envolvem responsabilidades nas três esferas de governo e são sumariamente caracterizados como de:

livro12VANESSA.indd 168 2/21/aaaa 10:24:22

a) informação informatizada;
b) financiamento;
c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;
d) apropriação de custos e avaliação econômica;
e) desenvolvimento de recursos humanos;
f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e
g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas, no âmbito estadual, depende do pleno funcionamento do CES e da CIB, nos quais se viabilizam a negociação e o pacto com os diversos atores envolvidos. Depende, igualmente, da ratificação das programações e decisões relativas aos tópicos a seguir especificados:

a) plano estadual de saúde, contendo as estratégias, as prioridades e as respectivas metas de ações e serviços resultantes, sobretudo, da integração das programações dos sistemas municipais;
b) estruturação e operacionalização do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria;
c) estruturação e operacionalização dos sistemas de processamento de dados, de informação epidemiológica, de produção de serviços e de insumos críticos;
d) estruturação e operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de vigilância alimentar e nutricional;
e) estruturação e operacionalização dos sistemas de recursos humanos e de ciência e tecnologia;
f) elaboração do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
g) elaboração do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
h) estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
i) responsabilidade estadual no tocante à prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, ao tratamento fora do domicílio e à disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
j) definição e operação das políticas de sangue e hemoderivados;

livro12VANESSA.indd 169 2/21/aaaa 10:24:22

k) manutenção de quadros técnicos permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor estadual; e

l) implementação de mecanismos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, de que são exemplos aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente.

7. Papel do Gestor Federal

No que respeita ao gestor federal, são identificados quatro papéis básicos, quais sejam:

a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;

b) promover as condições e incentivar o gestor estadual com vistas ao desenvolvimento dos sistemas municipais, de modo a conformar o SUS-Estadual;

c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais compondo, assim, o SUS-Nacional; e

d) exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

Da mesma forma que no âmbito estadual, o exercício dos papéis do gestor federal requer a configuração de sistemas de apoio logístico e de atuação estratégica, que consolidam os sistemas estaduais e propiciam, ao SUS, maior eficiência com qualidade, quais sejam:

a) informação informatizada;

b) financiamento;

c) programação, acompanhamento, controle e avaliação;

d) apropriação de custos e avaliação econômica;

e) desenvolvimento de recursos humanos;

f) desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias; e

g) comunicação social e educação em saúde.

O desenvolvimento desses sistemas depende, igualmente, da viabilização de negociações com os diversos atores envolvidos e da ratificação das programações e decisões, o que ocorre mediante o pleno funcionamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da CIT. Depende, além disso, do redimensionamento da direção

livro12VANESSA.indd 170 2/21/aaaa 10:24:22

nacional do Sistema, tanto em termos da estrutura, quanto de agilidade e de integração, como no que se refere às estratégias, aos mecanismos e aos instrumentos de articulação com os demais níveis de gestão, destacando-se:

a) a elaboração do Plano Nacional de Saúde, contendo as estratégias, as prioridades nacionais e as metas da Programação Pactuada e Integrada nacional, resultante, sobretudo, das programações estaduais e dos demais órgãos governamentais, que atuam na prestação de serviços, no setor saúde;

b) a viabilização de processo permanente de articulação das políticas externas ao setor, em especial com os órgãos que detém, no seu conjunto de atribuições, a responsabilidade por ações atinentes aos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades;

c) o aperfeiçoamento das normas consubstanciadas em diferentes instrumentos legais, que regulamentam, atualmente, as transferências automáticas de recursos financeiros, bem como as modalidades de prestação de contas;

d) a definição e a explicitação dos fluxos financeiros próprios do SUS, frente aos órgãos governamentais de controle interno e externo e aos Conselhos de Saúde, com ênfase na diferenciação entre as transferências automáticas a estados e municípios com função gestora;

e) a criação e a consolidação de critérios e mecanismos de alocação de recursos federais e estaduais para investimento, fundados em prioridades definidas pelas programações e pelas estratégias das políticas de reorientação do Sistema;

f) a transformação nos mecanismos de financiamento federal das ações, com o respectivo desenvolvimento de novas formas de informatização, compatíveis à natureza dos grupos de ações, especialmente as básicas, de serviços complementares e de procedimentos de alta e média complexidade, estimulando o uso dos mesmos pelos gestores estaduais e municipais;

g) o desenvolvimento de sistemáticas de transferência de recursos vinculada ao fornecimento regular, oportuno e suficiente de informações específicas, e que agreguem o conjunto de ações e serviços de atenção à saúde, relativo a grupos prioritários de eventos vitais ou nosológicos;

h) a adoção, como referência mínima, das tabelas nacionais de valores do SUS, bem assim a flexibilização do seu uso diferenciado pelos gestores estaduais e municipais, segundo prioridades locais e ou regionais;

livro12VANESSA.indd 171 2/21/aaaa 10:24:22

i) o incentivo aos gestores estadual e municipal ao pleno exercício das funções de controle, avaliação e auditoria, mediante o desenvolvimento e a implementação de instrumentos operacionais, para o uso das esferas gestoras e para a construção efetiva do Sistema Nacional de Auditoria;

j) o desenvolvimento de atividades de educação e de comunicação social;

k) o incremento da capacidade reguladora da direção nacional do SUS, em relação aos sistemas complementares de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares de alto custo, de tratamento fora do domicílio, bem assim de disponibilidade de medicamentos e insumos especiais;

l) a reorientação e a implementação dos sistemas de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária, de vigilância alimentar e nutricional, bem como o redimensionamento das atividades relativas à saúde do trabalhador e às de execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

m) a reorientação e a implementação dos diversos sistemas de informações epidemiológicas, bem assim de produção de serviços e de insumos críticos;

n) a reorientação e a implementação do sistema de redes de laboratórios de referência para o controle da qualidade, para a vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica;

o) a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica;

p) o apoio e a cooperação a estados e municípios para a implementação de ações voltadas ao controle de agravos, que constituam risco de disseminação nacional;

q) a promoção da atenção à saúde das populações indígenas, realizando, para tanto, as articulações necessárias, intra e intersetorial;

r) a elaboração de programação nacional, pactuada com os estados, relativa à execução de ações específicas voltadas ao controle de vetores responsáveis pela transmissão de doenças, que constituem risco de disseminação regional ou nacional, e que exijam a eventual intervenção do poder federal;

s) a identificação dos serviços estaduais e municipais de referência nacional, com vistas ao estabelecimento dos padrões técnicos da assistência à saúde;

t) a estimulação, a indução e a coordenação do desenvolvimento científico e tecnológico no campo da saúde, mediante interlocução crítica das inovações científicas e tecnológicas, por meio da articulação intra e intersetorial; e

u) a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico.

livro12VANESSA.indd 172 2/21/aaaa 10:24:22

8. Direção e Articulação

A direção do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o Secretário de Saúde da Capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. Aquelas referentes a matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma.

9. Bases para um Novo Modelo de Atenção à Saúde

A composição harmônica, integrada e modernizada do SUS visa, fundamentalmente, atingir a dois propósitos essenciais à concretização dos ideais constitucionais e, portanto, do direito à saúde, que são:

a) a consolidação de vínculos entre diferentes segmentos sociais e o SUS; e
b) a criação de condições elementares e fundamentais para a eficiência e a eficácia gerenciais, com qualidade.

livro12VANESSA.indd 173 2/21/aaaa 10:24:22

O primeiro propósito é possível porque, com a nova formulação dos sistemas municipais, tanto os segmentos sociais, minimamente agregados entre si com sentimento comunitário (os munícipes (quanto a instância de poder político-administrativo, historicamente reconhecida e legitimada (o poder municipal (apropriam-se de um conjunto de serviços bem definido, capaz de desenvolver uma programação de atividades publicamente pactuada. Com isso, fica bem caracterizado o gestor responsável; as atividades são gerenciadas por pessoas perfeitamente identificáveis; e os resultados mais facilmente usufruídos pela população.

O conjunto desses elementos propicia uma nova condição de participação com vínculo, mais criativa e realizadora para as pessoas, e que acontece não somente nas instâncias colegiadas formais (conferências e conselhos (mas em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento. Cada sistema municipal deve materializar, de forma efetiva, a vinculação aqui explicitada. Um dos meios, certamente, é a instituição do cartão SUS-MUNICIPAL, com numeração nacional, de modo a identificar o cidadão com o seu sistema e agregá-lo ao sistema nacional. Essa numeração possibilita uma melhor referência intermunicipal e garante o atendimento de urgência por qualquer serviço de saúde, estatal ou privado, em todo o País. A regulamentação desse mecanismo de vinculação será objeto de discussão e aprovação pelas instâncias colegiadas competentes, com conseqüente formalização por ato do MS.

O segundo propósito é factível, na medida em que estão perfeitamente identificados os elementos críticos essenciais a uma gestão eficiente e a uma produção eficaz, a saber:

a) a clientela que, direta e imediatamente, usufrui dos serviços;
b) o conjunto organizado dos estabelecimentos produtores desses serviços; e
c) a programação pactuada e integrada, com a correspondente orçamentação participativa.

Os elementos, acima apresentados, contribuem para um gerenciamento que conduz à obtenção de resultados efetivos, a despeito da indisponibilidade de estímulos de um mercado consumidor espontâneo. Conta, no entanto, com estímulos agregados, decorrentes de um processo de gerenciamento participativo e, sobretudo, da concreta possibilidade de comparação com realidades muito próximas, representadas pelos resultados obtidos nos sistemas vizinhos.

livro12VANESSA.indd 174 2/21/aaaa 10:24:22

A ameaça da ocorrência de gastos exagerados, em decorrência de um processo de incorporação tecnológica acrítico e desregulado, é um risco que pode ser minimizado pela radicalização na reorganização do SUS: um Sistema regido pelo interesse público e balizado, por um lado, pela exigência da universalização e integralidade com eqüidade e, por outro, pela própria limitação de recursos, que deve ser programaticamente respeitada.

Esses dois balizamentos são objeto da programação elaborada no âmbito municipal, e sujeita à ratificação que, negociada e pactuada nas instâncias estadual e federal, adquire a devida racionalidade na alocação de recursos em face às necessidades.

Assim, tendo como referência os propósitos anteriormente explicitados, a presente Norma Operacional Básica constitui um importante mecanismo indutor da conformação de um novo modelo de atenção à saúde, na medida em que disciplina o processo de organização da gestão desta atenção, com ênfase na consolidação da direção única em cada esfera de governo e na construção da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

Essencialmente, o novo modelo de atenção deve resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes.

O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários - as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais.

O enfoque epidemiológico atende ao compromisso da integralidade da atenção, ao incorporar, como objeto das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais. Nessa circunstância, o método para conhecimento da

livro12VANESSA.indd 175 2/21/aaaa 10:24:23

realidade complexa e para a realização da intervenção necessária fundamenta-se mais na síntese do que nas análises, agregando, mais do que isolando, diferentes fatores e variáveis.

Os conhecimentos (resultantes de identificações e compreensões (que se faziam cada vez mais particularizados e isolados (com grande sofisticação e detalhamento analítico) devem possibilitar, igualmente, um grande esforço de visibilidade e entendimento integrador e globalizante, com o aprimoramento dos processos de síntese, sejam lineares, sistêmicos ou dialéticos.

Além da ampliação do objeto e da mudança no método, o modelo adota novas tecnologias, em que os processos de educação e de comunicação social constituem parte essencial em qualquer nível ou ação, na medida em que permitem a compreensão globalizadora a ser perseguida, e fundamentam a negociação necessária à mudança e à associação de interesses conscientes. É importante, nesse âmbito, a valorização da informação informatizada.

Além da ampliação do objeto, da mudança do método e da tecnologia predominantes, enfoque central deve ser dado à questão da ética. O modelo vigente - assentado na lógica da clínica - baseia-se, principalmente, na ética do médico, na qual a pessoa (o seu objeto) constitui o foco nuclear da atenção.

O novo modelo de atenção deve perseguir a construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual. Dessa forma é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico. Isso exige, seguramente, de um lado, a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde.

Nessa nova relação, a pessoa é estimulada a ser agente da sua própria saúde e da saúde da comunidade que integra. Na intervenção ambiental, o SUS assume algumas ações específicas e busca a articulação necessária com outros setores, visando a criação das condições indispensáveis à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

livro12VANESSA.indd 176 2/21/aaaa 10:24:23

10. Financiamento das Ações e Serviços de Saúde

10.1. Responsabilidades

O financiamento do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo e cada uma deve assegurar o aporte regular de recursos, ao respectivo fundo de saúde.

Conforme determina o Artigo 194 da Constituição Federal, a Saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. No inciso VI do Parágrafo único desse mesmo Artigo, está determinado que a Seguridade Social será organizada pelo poder público, observada a "diversidade da base de financiamento".

Já o Artigo 195 determina que a Seguridade Social será financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de Contribuições Sociais.

10.2. Fontes

As principais fontes específicas da Seguridade Social incidem sobre a Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido). Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de 1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS).

Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais.

Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja essa e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde.

livro12VANESSA.indd 177 2/21/aaaa 10:24:23

Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo Tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios. Esses recursos devem ser previstos no orçamento e identificados nos Fundos de Saúde estadual e municipal como receita operacional proveniente da esfera 63 federal e ou estadual e utilizados na execução de ações previstas nos respectivos planos de saúde e na PPI.

10.3. Transferências Intergovernamentais e Contrapartidas

As transferências, regulares ou eventuais, da União para Estados, Municípios e Distrito Federal estão condicionadas à contrapartida desses níveis de governo, em conformidade com as normas legais vigentes (Lei de Diretrizes Orçamentárias e outras).

O reembolso das despesas, realizadas em função de atendimentos prestados por unidades públicas a beneficiários de planos privados de saúde, constitui fonte adicional de recursos.

Por isso, e consoante à legislação federal específica, estados e municípios devem viabilizar estrutura e mecanismos operacionais para a arrecadação desses recursos e a sua destinação exclusiva aos respectivos fundos de saúde. Os recursos de investimento são alocados pelo MS, mediante a apresentação pela SES da programação de prioridades de investimentos, devidamente negociada na CIB e aprovada pelo CES, até o valor estabelecido no orçamento do Ministério, e executados de acordo com a legislação pertinente.

10.4. Tetos Financeiros dos Recursos Federais

Os recursos de custeio da esfera federal, destinados às ações e serviços de saúde, configuram o Teto Financeiro Global (TFG), cujo valor, para cada estado e cada município, é definido com base na PPI. O teto financeiro do estado contém os tetos de todos os municípios, habilitados ou não a qualquer uma das condições de gestão.

O Teto Financeiro Global do Estado (TFGE) é constituído, para efeito desta NOB, pela soma dos Tetos Financeiros da Assistência (TFA), da Vigilância Sanitária (TFVS) e da Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD). O TFGE, definido com base na PPI, é submetido pela SES ao MS, após negociação na CIB e aprovação pelo

livro12VANESSA.indd 178 2/21/aaaa 10:24:23

CES. O valor final do teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIT (observadas as reais disponibilidades financeiras do MS (e formalizado em ato do Ministério).

O Teto Financeiro Global do Município (TFGM), também definido consoante à Programação Pactuada e Integrada, é submetido pela SMS à SES, após aprovação pelo CMS. O valor final desse Teto e suas revisões são fixados com base nas negociações realizadas no âmbito da CIB (observados os limites do TFGE (e formalizado em ato próprio do Secretário Estadual de Saúde.

Todos os valores referentes a pisos, tetos, frações, índices, bem como suas revisões, são definidos com base na PPI, negociados nas Comissões Intergestores (CIB e CIT), formalizados em atos dos gestores estadual e federal e aprovados previamente nos respectivos Conselhos (CES e CNS).

As obrigações que vierem a ser assumidas pelo Ministério da Saúde, decorrentes da implantação desta NOB, que gerem aumento de despesa serão previamente discutidas como Ministério do Planejamento e Orçamento e o Ministério da Fazenda.

11. Programação, Controle, Avaliação e Autoditoria

11.1. Programação Pactuada e Integrada - PPI

11.1.1. A PPI envolve as atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, constituindo um instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Essa Programação traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

11.1.2. O processo de elaboração da Programação Pactuada entre gestores e Integrada entre esferas de governo deve respeitar a autonomia de cada gestor: o município elabora sua própria programação, aprovando-a no CMS; o estado har-

livro12VANESSA.indd 179 2/21/aaaa 10:24:23

moniza e compatibiliza as programações municipais, incorporando as ações sob sua responsabilidade direta, mediante negociação na CIB, cujo resultado é deliberado pelo CES.

11.1.3. A elaboração da PPI deve se dar num processo ascendente, de base municipal, configurando, também, as responsabilidades do estado na busca crescente da eqüidade, da qualidade da atenção e na conformação da rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

11.1.4. A PPI observa os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, traduzindo todo o conjunto de atividades relacionadas a uma população específica e desenvolvidas num território determinado, independente da vinculação institucional do órgão responsável pela execução dessas atividades. Os órgãos federais, estaduais e municipais, bem como os prestadores conveniados e contratados têm suas ações expressas na Programação Pactuada e Integrada do município em que estão localizados, na medida em que estão subordinados ao gestor municipal.

11.1.5. A União define normas, critérios, instrumentos e prazos, aprova a programação de ações sob seu controle (inscritas na programação pelo estado e seus municípios (incorpora as ações sob sua responsabilidade direta e aloca os recursos disponíveis, segundo os valores apurados na programação e negociados na CIT, cujo resultado é deliberado pelo CNS.

11.1.6. A elaboração da PPI observa critérios e parâmetros definidos pelas Comissões Intergestores e aprovados pelos respectivos Conselhos. No tocante aos recursos de origem federal, os critérios, prazos e fluxos de elaboração da PPI e de suas reprogramações periódicas ou extraordinárias são fixados em ato normativo do MS e traduzem as negociações efetuadas na CIT e as deliberações do CNS.

11.2. Controle, Avaliação e Auditoria

11.2.1. O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde (UPS), completo e atualizado, é requisito básico para programar a contratação de serviços assistenciais e para realizar o controle da regularidade dos faturamentos. Compete ao órgão gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada UPS, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais, no banco de dados nacional.

livro12VANESSA.indd 180 2/21/aaaa 10:24:23

11.2.2. Os bancos de dados nacionais, cujas normas são definidas pelos órgãos do MS, constituem instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. Por conseguinte, os gestores municipais e estaduais do SUS devem garantir a alimentação permanente e regular desses bancos, de acordo com a relação de dados, informações e cronogramas previamente estabelecidos pelo MS e pelo CNS.

11.2.3. As ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.

11.2.4. As ações de controle devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, com ênfase na garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais (tendo como critério fundamental a necessidade dos usuários) e o rigoroso monitoramento da regularidade e da fidedignidade dos registros de produção e faturamento de serviços.

11.2.5. O exercício da função gestora no SUS, em todos os níveis de governo, exige a articulação permanente das ações de programação, controle, avaliação e auditoria; a integração operacional das unidades organizacionais, que desempenham essas atividades, no âmbito de cada órgão gestor do Sistema; e a apropriação dos seus resultados e a identificação de prioridades, no processo de decisão política da alocação dos recursos.

11.2.6. O processo de reorientação do modelo de atenção e de consolidação do SUS requer o aperfeiçoamento e a disseminação dos instrumentos e técnicas de avaliação de resultados e do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população, priorizando o enfoque epidemiológico e propiciando a permanente seleção de prioridade de intervenção e a reprogramação contínua da alocação de recursos. O acompanhamento da execução das ações programadas é feito

livro12VANESSA.indd 181 2/21/aaaa 10:24:23

permanentemente pelos gestores e periodicamente pelos respectivos Conselhos de Saúde, com base em informações sistematizadas, que devem possibilitar a avaliação qualitativa e quantitativa dessas ações. A avaliação do cumprimento das ações programadas em cada nível de governo deve ser feita em Relatório de Gestão Anual, cujo roteiro de elaboração será apresentado pelo MS e apreciado pela CIT e pelo CNS.

12. CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

Os recursos de custeio da esfera federal destinados à assistência hospitalar e ambulatorial, conforme mencionado anteriormente, configuram o TFA, e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática (Fundo a Fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos.

12.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

12.1.1. Piso Assistencial Básico (PAB)

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), e transferido regular e automaticamente ao Fundo de Saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao Fundo Estadual, conforme condições estipuladas nesta NOB. As transferências do PAB aos estados correspondem, exclusivamente, ao valor para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PAB, assim como o valor per capita nacional único (base de cálculo desse Piso (são propostos pela CIT e votados no CNS. Nessas definições deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento desses serviços, até que a atenção integral à saúde esteja plenamente organizada, em todo o País. O valor per

livro12VANESSA.indd 182 2/21/aaaa 10:24:23

capita nacional único é reajustado com a mesma periodicidade, tendo por base, no mínimo, o incremento médio da tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

A transferência total do PAB será suspensa no caso da não alimentação, pela SMS junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional, por mais de dois meses consecutivos.

12.1.2. Incentivo aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Fica estabelecido um acréscimo percentual ao montante do PAB, de acordo com os critérios a seguir relacionados, sempre que estiverem atuando, integradamente à rede municipal, equipes de Saúde da Família, agentes comunitários de saúde, ou estratégias similares de garantia da integralidade da assistência, avaliadas pelo órgão do MS (SAS/MS), com base em normas da direção nacional do SUS.

a) Programa de Saúde da Família (PSF):

- acréscimo de 3% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta, até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 5% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 7% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. Esses acréscimos têm, como limite, 80% do valor do PAB original do município.

b) Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS):

- acréscimo de 1% sobre o valor do PAB para cada 5% da população coberta até atingir 60% da população total do município;
- acréscimo de 2% para cada 5% da população coberta entre 60% e 90% da população total do município; e
- acréscimo de 3% para cada 5% da população coberta entre 90% e 100% da população total do município. Esses acréscimos têm, como limite, 30% do valor do PAB original do município.

c) Os percentuais não são cumulativos quando a população coberta pelo PSF e pelo PACS ou por estratégias similares for a mesma.

livro12VANESSA.indd 183 2/21/aaaa 10:24:23

Os percentuais acima referidos são revistos quando do incremento do valor per capita nacional único, utilizado para o cálculo do PAB e do elenco de procedimentos relacionados a esse Piso. Essa revisão é proposta na CIT e votada no CNS. Por ocasião da incorporação desses acréscimos, o Teto Financeiro da Assistência do estado é renegociado na CIT e apreciado pelo CNS.

A ausência de informações que comprovem a produção mensal das equipes, durante dois meses consecutivos ou quatro alternados em um ano, acarreta a suspensão da transferência deste acréscimo.

12.1.3. Fração Assistencial Especializada (FAE)

É um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

O órgão competente do MS formaliza, por Portaria, esse elenco a partir de negociação na CIT e que deve ser objeto da Programação Pactuada e Integrada quanto a sua oferta global no estado.

A CIB explicita os quantitativos e respectivos valores desses procedimentos, que integram os Tetos Financeiros da Assistência dos municípios em gestão plena do sistema de saúde e os que permanecem sob gestão estadual. Neste último caso, o valor programado da FAE é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão das SES definidas nesta NOB. Não integram o elenco de procedimentos cobertos pela FAE aqueles relativos ao PAB e os definidos como de alto custo/complexidade por Portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.1.4. Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela SMS. O TFAM é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB e destina-se ao custeio dos serviços localizados no território do município (exceção feita àqueles eventualmente excluídos da gestão municipal por negociação na CIB).

livro12VANESSA.indd 184 2/21/aaaa 10:24:23

12.1.5. Teto Financeiro da Assistência do Estado (TFAE)

É um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais sob a responsabilidade da SES. O TFAE corresponde ao TFA fixado na CIT e formalizado em Portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Esses valores são transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, de acordo com as condições de gestão estabelecidas por esta NOB, deduzidos os valores comprometidos com as transferências regulares e automáticas ao conjunto de municípios do estado (PAB e TFAM).

12.1.6. Índice de Valorização de Resultados (IVR)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do Teto Financeiro da Assistência do Estado, transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto positivo sobre as condições de saúde da população, segundo critérios definidos pela CIT e fixados em Portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS). Os recursos do IVR podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

12.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referente a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (SAS/MS).

Esses valores estão incluídos no TFA do estado e do município e são executados mediante ordenação de pagamento por parte do gestor. Para municípios e estados que recebem transferências de tetos da assistência (TFAM e TFAE, respectivamente), conforme as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, os valores relativos à remuneração por serviços produzidos estão incluídos nos tetos da assistência, definidos na CIB.

A modalidade de pagamento direto, pelo gestor federal, a prestadores de serviços ocorre apenas nas situações em que não fazem parte das transferências regulares e automáticas Fundo a Fundo, conforme itens a seguir especificados.

12.2.1. Remuneração de Internações Hospitalares

livro12VANESSA.indd 185 2/21/aaaa 10:24:23

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento esse de autorização e fatura de serviços.

12.2.2 Remuneração de Procedimentos Ambulatoriais de Alto Custo/Complexidade

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do SIA/SUS, com base na Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), documento esse que identifica cada paciente e assegura a prévia autorização e o registro adequado dos serviços que lhe foram prestados. Compreende procedimentos ambulatoriais integrantes do SIA/SUS definidos na CIT e formalizados por Portaria do órgão competente do Ministério (SAS/MS).

12.2.3. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

O MS é responsável pela remuneração direta, por serviços produzidos, dos procedimentos relacionados ao PAB e à FAE, enquanto houver municípios que não estejam na condição de gestão semiplena da NOB 01/93 ou nas condições de gestão municipal definidas nesta NOB naqueles estados em condição de gestão convencional.

12.2.4. Fatores de Incentivo e Índices de Valorização

O Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa em Saúde (FIDEPS) e o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), bem como outros fatores e ou índices que incidam sobre a remuneração por produção de serviços, eventualmente estabelecidos, estão condicionados aos critérios definidos em nível federal e à avaliação da CIB em cada Estado. Esses fatores e índices integram o Teto Financeiro da Assistência do município e do respectivo estado.

13. Custeio das Ações de Vigilância Sanitária

Os recursos da esfera federal destinados à vigilância sanitária configuram o Teto Financeiro da Vigilância Sanitária (TFVS) e os seus valores podem ser executados segundo duas modalidades: Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo e Remuneração de Serviços Produzidos.

livro12VANESSA.indd 186 2/21/aaaa 10:24:24

13.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos estaduais e municipais, independente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB. Esses recursos podem corresponder a uma ou mais de uma das situações descritas a seguir.

13.1.1. Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS)

Consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações básicas da vigilância sanitária, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE), transferido, regular e automaticamente, ao Fundo de Saúde ou conta especial dos municípios e, transitoriamente, ao Fundo de Saúde dos estados, conforme condições estipuladas nesta NOB. O PBVS somente será transferido a estados para cobertura da população residente em municípios ainda não habilitados na forma desta Norma Operacional.

O elenco de procedimentos custeados pelo PBVS, assim como o valor per capita nacional único (base de cálculo deste Piso (são definidos em negociação na CIT e formalizados por Portaria do órgão competente do Ministério (Secretaria de Vigilância Sanitária - SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Nessa definição deve ser observado o perfil de serviços disponíveis na maioria dos municípios, objetivando o progressivo incremento das ações básicas de vigilância sanitária em todo o País. Esses procedimentos integram o Sistema de Informação de Vigilância Sanitária do SUS (SIVS/SUS).

13.1.2. Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA)

Consiste na atribuição de valores adicionais equivalentes a até 2% do Teto Financeiro da Vigilância Sanitária do estado, a serem transferidos, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, como incentivo à obtenção de resultados de impacto significativo sobre as condições de vida da população, segundo critérios definidos na CIT e fixados em Portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS. Os recursos do IVISA podem ser transferidos pela SES às SMS, conforme definição da CIB.

livro12VANESSA.indd 187 2/21/aaaa 10:24:24

13.2. Remuneração Transitória por Serviços Produzidos

13.2.1. Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pela prestação de serviços relacionados às ações de competência exclusiva da SVS/MS, contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas pela SES. Após negociação e aprovação na CIT e prévia aprovação no CNS, a SVS/MS publica a tabela de procedimentos do PDAVS e o valor de sua remuneração.

13.2.2. Ações de Média e Alta Complexidade em Vigilância Sanitária

Consiste no pagamento direto às SES e às SMS, pela execução de ações de média e alta complexidade de competência estadual e municipal contra a apresentação de demonstrativo de atividades realizadas ao MS. Essas ações e o valor de sua remuneração são definidos em negociação na CIT e formalizados em Portaria do órgão competente do Ministério (SVS/MS), previamente aprovados no CNS.

14. Custeio das Ações de Epidemiologia e de Controle de Doenças

Os recursos da esfera federal destinados às ações de epidemiologia e controle de doenças não contidas no elenco de procedimentos do SIA/SUS e SIH/SUS configuram o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças (TFECD).

O elenco de procedimentos a serem custeados com o TFECD é definido em negociação na CIT, aprovado pelo CNS e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (Fundação Nacional de Saúde - FNS/MS). As informações referentes ao desenvolvimento dessas ações integram sistemas próprios de informação definidos pelo Ministério da Saúde.

O valor desse Teto para cada estado é definido em negociação na CIT, com base na PPI, a partir das informações fornecidas pelo Comitê Interinstitucional de Epidemiologia e formalizado em ato próprio do órgão específico do MS (FNS/MS).

Esse Comitê, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde, articulando os órgãos de epidemiologia da SES, do MS no estado e de outras entidades que atuam no campo da epidemiologia e controle de doenças, é uma instância permanente de estudos, pesquisas, análises de informações e de integração de instituições afins.

livro12VANESSA.indd 188 2/21/aaaa 10:24:24

Os valores do TFECD podem ser executados por ordenação do órgão específico do MS, conforme as modalidades apresentadas a seguir.

14.1. Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Consiste na transferência de valores diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais, independentemente de convênio ou instrumento congênere, segundo as condições de gestão estabelecidas nesta NOB e na PPI, aprovada na CIT e no CNS.

14.2. Remuneração por Serviços Produzidos

Consiste no pagamento direto às SES e SMS, pelas ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme tabela de procedimentos discutida na CIT e aprovada no CNS, editada pelo MS, observadas as condições de gestão estabelecidas nesta NOB, contra apresentação de demonstrativo de atividades realizadas, encaminhado pela SES ou SMS ao MS.

14.3. Transferência por Convênio

Consiste na transferência de recursos oriundos do órgão específico do MS (FNS/MS), por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, mediante programação e critérios discutidos na CIT e aprovados pelo CNS, para:

a) estímulo às atividades de epidemiologia e controle de doenças;
b) custeio de operações especiais em epidemiologia e controle de doenças; e
c) financiamento de projetos de cooperação técnico-científica na área de epidemiologia e controle de doenças, quando encaminhados pela CIB.

15. Condições de Gestão do Município

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho.

A habilitação dos municípios às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os municípios podem habilitar-se em duas condições:

livro12VANESSA.indd 189 2/21/aaaa 10:24:24

a) Gestão Plena da Atenção Básica; e
b) Gestão Plena do Sistema Municipal.

Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não habilitado.

15.1. Gestão Plena da Atenção Básica

15.1.1. Responsabilidades

a) Elaboração da programação municipal dos serviços básicos, inclusive domiciliares e comunitários, e da proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar para seus munícipes, com incorporação negociada à programação estadual.
b) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
c) Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.
d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.
e) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.
f) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.
g) Operação do SIA/SUS quanto a serviços cobertos pelo PAB, conforme normas do MS, e alimentação, junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.
h) Autorização, desde que não haja definição em contrário da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.
i) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
j) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente.
k) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS.

livro12VANESSA.indd 190 2/21/aaaa 10:24:24

l) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, incluídas no TFECD.

m) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.

15.1.2. Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.

d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão.

e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

f) Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

g) Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.

j) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.1.3. Prerrogativas

a) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso da Atenção Básica (PAB).

b) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

c) Transferência, regular e automática, dos recursos correspondentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

livro12VANESSA.indd 191 2/21/aaaa 10:24:24

d) Subordinação, à gestão municipal, de todas as unidades básicas de saúde, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

15.2. Gestão Plena do Sistema Municipal

15.2.1. Responsabilidades

a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.

b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.

c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

d) Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas), introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.

e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços de referência aos não residentes, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a SES e as demais SMS.

f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal.

g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, cobertos pelo TFGM.

h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade, conforme a PPI e segundo normas federais e estaduais.

i) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto às SES, dos bancos de dados de interesse nacional.

j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente.

l) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, bem como, opcionalmente, as ações do PDAVS.

livro12VANESSA.indd 192 2/21/aaaa 10:24:24

m) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras incluídas no TFECD.

15.2.2. Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde.

c) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de

recursos expressa na programação.

d) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus munícipes.

e) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação em vigor.

f) Formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

g) Dispor de médico formalmente designado pelo gestor como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.

h) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante dos quais será efetuado o acompanhamento.

i) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

j) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.

k) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

livro12VANESSA.indd 193 2/21/aaaa 10:24:24

l) Assegurar a oferta, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.

m) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

n) Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.

15.2.3. Prerrogativas

a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao Teto Financeiro da Assistência (TFA).

b) Normalização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais em seu território, inclusive quanto à alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, desde que aprovada pelo CMS e pela CIB.

c) Transferência regular e automática Fundo a Fundo dos recursos correspondentes ao Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS).

d) Remuneração por serviços de vigilância sanitária de média e alta complexidade e, remuneração pela execução do Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS), quando assumido pelo município.

e) Subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal.

f) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças, conforme definição da CIT.

16. Condições de Gestão do Estado

As condições de gestão, estabelecidas nesta NOB, explicitam as responsabilidades do gestor estadual, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho. A habilitação dos estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão:

livro12VANESSA.indd 194 2/21/aaaa 10:24:24

a) Gestão Avançada do Sistema Estadual; e
b) Gestão Plena do Sistema Estadual.

Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS, não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB.

16.1. Responsabilidades comuns às duas condições de gestão estadual

a) Elaboração da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e coordenação da negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso na programação.
b) Elaboração e execução do Plano Estadual de Prioridades de Investimentos, negociado na CIB e aprovado pelo CES.
c) Gerência de unidades estatais da hemorede e de laboratórios de referência para controle de qualidade, para vigilância sanitária e para a vigilância epidemiológica.
d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia.
e) Organização de sistemas de referência, bem como a normalização e operação de câmara de compensação de AIH, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade.
f) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o MS.
g) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.
h) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
i) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, bem assim o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.
j) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde.

livro12VANESSA.indd 195 2/21/aaaa 10:24:24

k) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

l) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.

m) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

n) Execução das ações básicas de vigilância sanitária referente aos municípios não habilitados nesta NOB.

o) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de gestão plena de sistema municipal.

p) Execução do PDAVS nos termos definidos pela SVS/MS.

q) Apoio logístico e estratégico às atividades à atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

16.2. Requisitos comuns às duas condições de gestão estadual

a) Comprovar o funcionamento do CES.

b) Comprovar o funcionamento da CIB.

c) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde.

d) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, que deve conter:

- as metas pactuadas;
- a Programação Pactuada e Integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;
- as estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- as estratégias de reorganização do modelo de atenção; e
- os critérios utilizados e os indicadores por meio dos quais é efetuado o acompanhamento das ações.

e) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

f) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.

livro12VANESSA.indd 196 2/21/aaaa 10:24:25

g) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.

h) Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.

i) Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondentes à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de açordo com a legislação em vigor.

j) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

k) Comprovar a criação do Comitê Interinstitucional de Epidemiologia, vinculado ao Secretário Estadual de Saúde.

l) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e a capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

m) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância epidemiológica no estado.

6.3. Gestão Avançada do Sistema Estadual

16.3.1. Responsabilidades Específicas

a) Contratação, controle, auditoria e pagamento do conjunto dos serviços, sob gestão estadual, contidos na FAE.

b) Contratação, controle, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados.

c) Ordenação do pagamento dos demais serviços hospitalares e ambulatoriais, sob gestão estadual.

d) Operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.3.2. Requisitos Específicos

a) Apresentar a Programação Pactuada e Integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.

livro12VANESSA.indd 197 2/21/aaaa 10:24:25

b) Dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população.
c) Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.3.3. Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes à Fração Assistencial Especializada (FAE) e ao Piso Assistencial Básico (PAB) relativos aos municípios não habilitados.
b) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
c) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
d) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
e) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

16.4. Gestão Plena do Sistema Estadual

16.4.1. Responsabilidades Específicas

a) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual, conforme definição da CIB.
b) Operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

16.4.2. Requisitos Específicos

a) Comprovar a implementação da Programação Pactuada e Integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração.
b) Comprovar a operacionalização de mecanismos de controle da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, tais como: centrais de controle de leitos e internações, de procedimentos ambulatoriais e hospitalares de alto/custo e ou complexidade e de marcação de consultas especializadas.
c) Dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta NOB, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população.

livro12VANESSA.indd 198 2/21/aaaa 10:24:25

d) Dispor de 50% do valor do TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

16.4.3. Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Teto Financeiro da Assistência (TFA), deduzidas as transferências Fundo a Fundo realizadas a municípios habilitados.
b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Índice de Valorização de Resultados (IVR).
c) Transferência regular e automática do Piso Básico de Vigilância Sanitária (PBVS) referente aos municípios não habilitados nesta NOB.
d) Transferência regular e automática do Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária (IVISA).
e) Remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária.
f) Normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua contratação, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima.
g) Transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

17. Disposições Gerais e Transitórias

17.1 - As responsabilidades que caracterizam cada uma das condições de gestão definidas nesta NOB constituem um elenco mínimo e não impedem a incorporação de outras pactuadas na CIB e aprovadas pelo CES, em especial aquelas já assumidas em decorrência da NOB-SUS N.º 01/93.

17.2 - No processo de habilitação às condições de gestão estabelecidas nesta NOB, são considerados os requisitos já cumpridos para habilitação nos termos da NOB-SUS N.º 01/93, cabendo ao município ou ao estado pleiteante a comprovação exclusiva do cumprimento dos requisitos introduzidos ou alterados pela presente Norma Operacional, observando os seguintes procedimentos:

17.2.1.para que os municípios habilitados atualmente nas condições de gestão incipiente e parcial possam assumir a condição plena da atenção básica definida nesta NOB, devem apresentar à CIB os seguintes documentos, que completam os requisitos para habilitação:

livro12VANESSA.indd 199 2/21/aaaa 10:24:25

17.2.1.1. ofício do gestor municipal pleiteando a alteração na condição de gestão;

17.2.1.2. ata do CMS aprovando o pleito de mudança de habilitação;

17.2.1.3. ata das três últimas reuniões do CMS;

17.2.1.4. extrato de movimentação bancária do Fundo Municipal de Saúde relativo ao trimestre anterior à apresentação do pleito;

17.2.1.5. comprovação, pelo gestor municipal, de condições técnicas para processar o SIA/SUS;

17.2.1.6. declaração do gestor municipal comprometendo-se a alimentar, junto à SES, o banco de dados nacional do SIA/SUS;

17.2.1.7. proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal;

17.2.1.8. comprovação da garantia de oferta do conjunto de procedimentos coberto pelo PAB; e

17.2.1.9. ata de aprovação do relatório de gestão no CMS;

17.2.2. para que os municípios habilitados atualmente na condição de gestão semiplena possam assumir a condição de gestão plena do sistema municipal definida nesta NOB, devem comprovar à CIB:

17.2.2.1. a aprovação do relatório de gestão pelo CMS, mediante apresentação da ata correspondente;

17.2.2.2. a existência de serviços que executem os procedimentos cobertos pelo PAB no seu território, e de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básica simples, oferecidos no próprio município ou contratados de outro gestor municipal;

17.2.2.3. a estruturação do componente municipal do SNA; e

17.2.2.4 a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI. Caso o município não atenda a esse requisito, pode ser enquadrado na condição de gestão plena da atenção básica até que disponha de tais condições, submetendo-se, neste caso, aos mesmos procedimentos referidos no item 17.2.1;

livro12VANESSA.indd 200 2/21/aaaa 10:24:25

17.2.3. os estados habilitados atualmente nas condições de gestão parcial e semiplena devem apresentar a comprovação dos requisitos adicionais relativos à nova condição pleiteada na presente NOB.

17.3 - A habilitação de municípios à condição de gestão plena da atenção básica é decidida na CIB dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recurso ao CES. A SES respectiva deve informar ao MS a habilitação procedida, para fins de formalização por portaria, observando as disponibilidades financeiras para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes. No que se refere à gestão plena do sistema municipal, a habilitação dos municípios é decidida na CIT, com base em relatório da CIB e formalizada em ato da SAS/MS. No caso dos estados categorizados na condição de gestão convencional, a habilitação dos municípios a qualquer das condições de gestão será decidida na CIT, com base no processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

17.4 - A habilitação de estados a qualquer das condições de gestão é decidida na CIT e formalizada em ato do MS, cabendo recurso ao CNS.

17.5 - A definição dos instrumentos para a comprovação do cumprimento dos requisitos para habilitação ao conjunto das condições de gestão de estados e municípios, previsto nesta NOB, é competência da SAS/MS.

1 7.6 . Os municípios e estados habilitados na forma da NOB-SUS nº 01/93 permanecem nas respectivas condições de gestão até sua habilitação em uma das condições estabelecidas por esta NOB, ou até a data limite a ser fixada pela CIT.

17.7- A partir da data da publicação desta NOB, não serão procedidas novas habilitações ou alterações de condição de gestão na forma da NOB-SUS nº 01/93. Ficam excetuados os casos já aprovados nas CIB, que devem ser protocolados na CIT, no prazo máximo de 30 dias.

17.8 - A partir da publicação desta NOB, ficam extintos o Fator de Apoio ao Estado, o Fator de Apoio ao Município e as transferências dos saldos de teto financeiro relativos às condições de gestão municipal e estadual parciais, previstos, respectivamente, nos itens 3.1.4; 3.2; 4.1.2 e 4.2.1 da NOB-SUS nº 01/93.

livro12VANESSA.indd 201 2/21/aaaa 10:24:25

17.9 - A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB e pela CIT, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

17.10 - De maneira idêntica, a permanência do estado na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pelo MS e submetido à apreciação da CIT, tendo por base critérios estabelecidos por esta Comissão e aprovados pelo CNS.

17.11 - O gestor do município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica que ainda não dispõe de serviços suficientes para garantir, à sua população, a totalidade de procedimentos cobertos pelo PAB, pode negociar, diretamente, com outro gestor municipal, a compra dos serviços não disponíveis, até que essa oferta seja garantida no próprio município.

17.12 - Para implantação do PAB, ficam as CIB autorizadas a estabelecer fatores diferenciados de ajuste até um valor máximo fixado pela CIT e formalizado por Portaria do Ministério (SAS/MS). Esses fatores são destinados aos municípios habilitados, que apresentam gastos per capita em ações de atenção básica superiores ao valor per capita nacional único (base de cálculo do PAB), em decorrência de avanços na organização do sistema. O valor adicional atribuído a cada município é formalizado em ato próprio da SES.

17.13 - O valor per capita nacional único, base de cálculo do PAB, é aplicado todos os municípios, habilitados ou não nos termos desta NOB. Aos municípios não habilitados, o valor do PAB é limitado ao montante do valor per capita nacional multiplicado pela população e pago por produção de serviço.

17.14 - Num primeiro momento, em face da inadequação dos sistemas de informação de abrangência nacional para aferição de resultados, o IVR é atribuído aos estados a título de valorização de desempenho na gestão do Sistema, conforme critérios estabelecidos pela CIT e formalizados por portaria do Ministério (SAS/MS).

livro12VANESSA.indd 202 2/21/aaaa 10:24:25

17.15 - O MS continua efetuando pagamento por produção de serviços (relativos aos procedimentos cobertos pelo PAB) diretamente aos prestadores, somente no caso daqueles municípios não habilitados na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.16 - Também em relação aos procedimentos cobertos pela FAE, o MS continua efetuando o pagamento por produção de serviços diretamente a prestadores, somente no caso daqueles municípios habilitados em gestão plena da atenção básica e os não habilitados, na forma desta NOB, situados em estados em gestão convencional.

17.17 - As regulamentações complementares necessárias à operacionalização desta NOB são objeto de discussão e negociação na CIT, observadas as diretrizes estabelecidas pelo CNS, com posterior formalização, mediante Portaria do MS.

livro12VANESSA.indd 203 2/21/aaaa 10:24:25

TEXTO 14

EMENDA CONSTITUCIONAL N. 29, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2000 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DIA 14 DE SETEMBRO DE 2000)

ALTERA OS ARTS. 34, 35, 156, 160, 167 E 198 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL E ACRESCENTA ARTIGO AO ATO DAS DISPOSIÇÕES CCONSTITUCIONAIS TTRANSITÓRIAS, PARA ASSEGURAR OS RECURSOS MÍNIMOS PARA O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

"**Art.34**....."

"VII-....."

"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde."

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"**Art.35**....."

"III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;"

Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"**Art.156**....."

"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:"

"I – ser progressivo em razão do valor do imóvel; e"

livro12VANESSA.indd 204 2/21/aaaa 10:24:25

"II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel."

"....."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"**Art.160**....."

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:"

"I – ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;"

"II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III."

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

"**Art.167**....."

"IV – a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;"

"....."

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos:

"**Art.198**....."

"§ 1º (parágrafo único original)....."

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:"

"I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;"

livro12VANESSA.indd 205 2/21/aaaa 10:24:25

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;"

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts.158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º."

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:"

"I – os percentuais de que trata o § 2º;"

"II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" "III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;"

"IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União."

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77: Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:"

"I – no caso da União:"

"a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;"

"b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;"

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e"

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º."

livro12VANESSA.indd 206 2/21/aaaa 10:24:26

"§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento."

"§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei."

"§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal."

"§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo."

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

livro12VANESSA.indd 207 2/21/aaaa 10:24:26

TEXTO 15

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - NOAS/SUS 1/2001 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 29 DE JANEIRO DE 2001)

PORTARIA GM/MS N. 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001 **Cria a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 1/2001**

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde - SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica - SUS 01/96, de 5 de novembro de 1996;

considerando que um sistema de saúde equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade concebe a atenção básica como parte imprescindível de um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, indissociável dos demais níveis de complexidade da atenção à saúde e indutora da reorganização do Sistema, e considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT e Conselho Nacional de Saúde - CNS, em 15 de dezembro de 2000, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma dos Anexo I, Anexo II, Anexo III, Anexo IV e Anexo V desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

livro12VANESSA.indd 208 2/21/aaaa 10:24:26

Art. 2º Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria GM/MS n° 1.882, de 18 de dezembro de 1997, que estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB, bem como aquelas que fazem parte dos demais atos normativos deste Ministério da Saúde relativos aos incentivos às ações de assistência na Atenção Básica.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

livro12VANESSA.indd 209 2/21/aaaa 10:24:26

ANEXO 1

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS/SUS 01/2001

INTRODUÇÃO

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB/SUS 91, em especial das NOB/SUS 93 e 96 -, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadeou um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal.

A partir da implementação do Piso de Atenção Básica, iniciou-se um importante processo de ampliação do acesso à atenção básica. A estratégia da Saúde da Família encontra-se em expansão e, cada vez mais, consolida-se como eixo estruturante para a organização da atenção à saúde.

Ao final do ano de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB/SUS 01/96 atingia mais de 99% do total dos municípios do país. A disseminação desse processo possibilitou o desenvolvimento de experiências municipais exitosas e a formação de um contingente de profissionais qualificados em diferentes áreas da gestão do SUS.

No que diz respeito aos estados, houve avanços significativos na organização de redes articuladas e resolutivas de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação, a organização de consórcios intermunicipais ou, ainda de forma mais explícita, por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas Secretarias de Estado da Saúde/SES.

A experiência acumulada, à medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema amadurece, evidencia um conjunto de problemas/obstáculos em relação a aspectos críticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde/SUS. Alguns desses já se manifestavam de forma incipiente quando do processo de discussão da NOB 96, entre dezembro de 1995 e novembro de 1996, mas situavam-se

livro12VANESSA.indd 210 2/21/aaaa 10:24:26

em um estágio de baixo consenso e pouca maturidade nos debates entre o Ministério da Saúde - MS, o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em face da inexistência de um volume significativo de experiências concretas de gestão e de análises da descentralização, em curso há pouco tempo.

Agregava-se a este cenário a peculiar complexidade da estrutura político-administrativa estabelecida pela Constituição Federal de 1988, em que os três níveis de governo são autônomos, sem vinculação hierárquica. Tal característica do arranjo federativo brasileiro torna bastante complexo o processo de construção de um sistema funcional de saúde. Os estados, e mais ainda os municípios, são extremamente heterogêneos e será sempre mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência políticoadministrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade, ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais.

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são pólos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é freqüente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Assim, para o aprofundamento do processo de descentralização, deve-se ampliar a ênfase na regionalização e no aumento da eqüidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica políticoadministrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão,

livro12VANESSA.indd 211 2/21/aaaa 10:24:26

é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.

O conjunto de estratégias apresentadas nesta Norma Operacional da Assistência à Saúde articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

Neste sentido, esta NOAS/SUS atualiza a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Capítulo I – Regionalização

1 . Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade.

1.1. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

I.1 - DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

2 . Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

livro12VANESSA.indd 212 2/21/aaaa 10:24:26

2.1. Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e do Conselho Estadual de Saúde – CES e o encaminhamento ao Ministério da Saúde.

3 . No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

A) O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

B) O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

4 . Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no Plano Diretor de Regionalização:

A) Região de saúde - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões

livro12VANESSA.indd 213 2/21/aaaa 10:24:26

de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

B) Módulo assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 7 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

C) Município-sede do módulo assistencial - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

D) Município-pólo - município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

E) Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).

5 . Determinar que o Plano Diretor de Regionalização contenha, no que diz respeito à assistência, no mínimo:

livro12VANESSA.indd 214 2/21/aaaa 10:24:26

A) a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos muncípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;
B) a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;
C) o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;
D) a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;
E) os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso
da população aos serviços;
F) a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;
G) a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual.

5.1. A Secretaria de Assistência à Saúde/SAS publicará, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da publicação desta Norma, a regulamentação específica sobre o Plano Diretor de Regionalização, no que diz respeito à organização da assistência.

I.2 - DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

6 . Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPABA.

6.1. Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas para habilitação na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no Anexo 1 desta Norma.

6.2. As ações de que trata o Anexo 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, de acordo com o seu perfil epidemiológico, como um componente 240 legislação estruturante do sus essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998.

livro12VANESSA.indd 215 2/21/aaaa 10:24:26

6.3. O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica - PAB, acrescidos dos procedimentos relacionados no Anexo 2 desta Norma.

6.4. Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, será instituído o PAB-Ampliado, e seu valor definido, no prazo de 60 (sessenta) dias, em Portaria Conjunta da Secretaria Executiva/SE e da Secretaria de Políticas de Saúde/SPS, sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB-Ampliado não terão acréscimo no valor per capita.

6.5. Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB-Ampliado, após avaliação das Secretarias de Estado da Saúde, aprovação da CIB, e homologação da CIT, em relação aos seguintes aspectos:

a) Plano Municipal de Saúde vinculado à programação físico-financeira;
b) alimentação regular dos bancos de dados nacionais do SUS;
c) desempenho dos indicadores de avaliação da atenção básica no ano anterior;
d) estabelecimento do pacto de melhoria dos indicadores de atenção básica no ano subseqüente; e
e) capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas no Sub-item 6.1 deste Item.

6.6. A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a estrutura do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo referido no Sub-item 6.5, e deverá, no prazo de 30 (trinta) dias, apresentá-los à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação.

I. 3 - DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

7 . Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

7.1. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, detalhadas no Anexo 3 desta Norma.

livro12VANESSA.indd 216 2/21/aaaa 10:24:27

8. O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica:

8.1. o financiamento das ações ambulatoriais será feito com base em um valor per capita nacional, a ser definido em portaria conjunta da Secretaria Executiva/SE e Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Norma.

8.2. o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Teto Financeiro da Assistência/TFA de cada Unidade da Federação.

8.3. ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde deverá adicionar recursos ao Teto Financeiro dos Estados para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população.

8.4. nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do Anexo 3 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

9 . O repasse dos recursos de que trata o Sub-item 8.1, Item 8, Capítulo I desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

9.1. Nas Unidades da Federação cujo modelo de regionalização não compreenda microrregiões de saúde, a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde será a menor base territorial de planejamento regionalizado acima do módulo assistencial, ou seja, a região de saúde, desde que essa atenda a todos os critérios requeridos para o reconhecimento da consistência do Plano Diretor de Regionalização e às mesmas condições exigidas para a qualificação das microrregiões descritas nesta Norma e na regulamentação complementar.

9.2. A Secretaria de Assistência à Saúde é a estrutura do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a serem submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

livro12VANESSA.indd 217 2/21/aaaa 10:24:27

9.3. O processo de qualificação das microrregiões na assistência à saúde será detalhado em regulamentação complementar da Secretaria de Assistência à Saúde, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma.

10. A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a:

A) apresentação pelo gestor estadual do Plano Diretor de Regionalização do estado, aprovado na CIB e CES incluindo o desenho de todas as microrregiões;

B) apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: (i) municípios que compõem a microrregião; (ii) definição dos módulos assistenciais existentes, com explicitação de sua área de abrangência e do município-sede de cada módulo; (iii) vinculação de toda a população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais existentes cubram toda a população do estado.

C) habilitação do(s) município(s)- sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

D) comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada;

E) apresentação do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado entre cada município-sede e o estado, em relação ao atendimento da população referenciada por outros municípios a ele adscritos.

11. Após a qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente aos procedimentos listados no Anexo 3 desta Norma destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos fundo a fundo ao município sede de cada módulo assistencial, sendo que a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos Itens 30 e 31 - Capítulo II desta Norma.

livro12VANESSA.indd 218 2/21/aaaa 10:24:27

11.1. Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

I. 4 - DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

12. A Atenção de Média Complexidade - MC compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13. Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o Item 7 – Capítulo I desta Norma, que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

13.1. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

13.2. A Secretaria de Assistência à Saúde elaborará, em 30 (trinta) dias, instrumentos de subsídio à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção, cuja regulamentação específica será submetida à aprovação da CIT.

livro12VANESSA.indd 219 2/21/aaaa 10:24:27

14 . O processo de Programação Pactuada e Integrada/PPI, coordenado pelo gestor estadual, cujas diretrizes são apresentadas nos Itens 24 a 27 - Capítulo II desta Norma representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

14.1. A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

14.2. A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

14.3. A programação de internações hospitalares deve compreender: a utilização de critérios objetivos que considerem a estimativa de internações necessárias para a população, a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH, bem como os fluxos de referência entre municípios para internações hospitalares.

14.4. A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, tratado no Item 30 - Capítulo II desta Norma implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

15. Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 - Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

livro12VANESSA.indd 220 2/21/aaaa 10:24:27

15.1. O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

15.2. Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I. 5 - DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

16 . A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamento das ações.

16.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal.

17. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do Estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

A) a definição da alocação de recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência/TFA do Estado para cada área de alta complexidade;

livro12VANESSA.indd 221 2/21/aaaa 10:24:27

B) a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do Estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

C) a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

D) a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

E) a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;

F) a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;

G) os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

H) a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;

I) o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade; e

J) a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

18. Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

A) a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;

B) realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

C) condução do processo de contratação;

livro12VANESSA.indd 222 2/21/aaaa 10:24:27

D) autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);
E) definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais; e
F) controle, a avaliação e a auditoria de serviços.

18.1. Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica/GPAB ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada /GPBA que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade, são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar tais funções aos gestores municipais.

19. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo foram definidos por meio da Portaria SAS nº 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 1 de junho de 2000.

20. O financiamento da alta complexidade se dará de duas formas:

A) parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação;
B) parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC, ou de outro mecanismo que venha a substituí-lo com a mesma finalidade e que será gerenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica, a ser estabelecida, no prazo de 60 (sessenta) dias, em ato conjunto da SE e SAS.

21. O Ministério da Saúde/MS definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

22. A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo – alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

livro12VANESSA.indd 223 2/21/aaaa 10:24:27

22.1. A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

23. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria de Estado da Saúde/SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

Capítulo II - Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS

II.1 - DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

24. Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

24.1. As unidades da federação deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada/PPI, cujo conteúdo será apresentado em regulamentação específica.

24.2. As unidades da federação poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades e de informações detalhadas acerca da PPI, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

24.3. A Secretaria de Assistência à Saúde, por intermédio do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência, deverá apresentar à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias, documento de proposição das diretrizes e princípios orientadores, metodologia e parâmetros referenciais de cobertura e outros instrumentos específicos de apoio à programação da assistência ambulatorial e hospitalar.

25. Cabe à SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

livro12VANESSA.indd 224 2/21/aaaa 10:24:27

A) que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Compromissos e Metas Nacionais, sejam discutidos com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

B) a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelas necessidades dos prestadores de serviços;

C) a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de pactuação e alocação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências;

D) a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades sobre as diversas unidades assistenciais de forma coerente com as condições de habilitação e qualificação.

26. A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

26.1. Define-se limite financeiro da assistência por município como o limite máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

26.2. Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento

livro12VANESSA.indd 225 2/21/aaaa 10:24:27

da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

26.3. Os municípios habilitados ou que vierem se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada, conforme detalhado no Item 30 - Capítulo II e no Anexo 4 desta Norma.

26.4. Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual. Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas nos Itens 31 e 32 - Capítulo II e no Anexo 4 desta Norma.

27. A SES deverá obrigatoriamente encaminhar ao Ministério da Saúde, em prazo a ser estabelecido pela SAS/MS, os seguintes produtos do processo de programação da assistência:

A) publicação no Diário Oficial do Estado do limite financeiro global da assistência por municípios do estado, independente de sua condição de gestão, composto por uma parcela destinada ao atendimento da população do próprio município e uma parcela correspondente às referências intermunicipais;

B) definição de periodicidade e métodos de revisão dos limites financeiros municipais aprovados, que pode se dar em função de: incorporação de novos recursos ao limite financeiro estadual, mudanças na capacidade instalada de municípios, remanejamento de referências entre municípios; imposição pelo Município-pólo de barreiras ao acesso da população encaminhada por outros municípios, que colidam com as referências intermunicipais negociadas, entre outros motivos.

livro12VANESSA.indd 226 2/21/aaaa 10:24:27

II. 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

28. O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

29. A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

30. Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, cuja forma é apresentada no Anexo 4 desta Norma.

30.1. O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

30.2. A padronização dos instrumentos que correspondem aos anexos integrantes do Termo de Compromisso de Garantia de Acesso será disponibilizadas aos gestores pela SAS/SAS, no prazo de 30 (trinta) dias, após a publicação desta Norma.

31. A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

A) periodicamente (período não superior a 12 meses), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

B) trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subsequente;

livro12VANESSA.indd 227 2/21/aaaa 10:24:28

C) pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no Anexo 4 desta Norma), a ser informada à CIB em sua reunião subsequente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

32. Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES a SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

33. Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá participar do processo de programação e assumir, quando necessário, o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 - DO PROCESSO DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

34. As funções de controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

35. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente, nas seguintes dimensões:

A) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
B) relação com os prestadores de serviços;
C) qualidade da assistência e satisfação dos usuários; e
D) resultados e impacto sobre a saúde da população.

livro12VANESSA.indd 228 2/21/aaaa 10:24:28

36. Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão.

37. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e regras legais, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

37.1. O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, seja própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

37.2. O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

37.3. Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efetivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

37.4. Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

livro12VANESSA.indd 229 2/21/aaaa 10:24:28

37.5. Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

38 . A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

39 . A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

40 . Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular a oferta de serviços e seu acesso de acordo com as necessidades identificadas.

40.1. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

41. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

B) a definição da estratégia de regionalização que explicite a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C) a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnicooperacionais;

livro12VANESSA.indd 230 2/21/aaaa 10:24:28

D) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II.4 - DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO:

42. Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, habilitado em gestão plena do sistema, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

43. Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

44. Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do teto financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

Capítulo III . Critérios de Habilitação e Desabilitação de Municípios e Estados

III.1 - CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB/SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

45. A habilitação dos municípios e estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

III .1.1 - DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS:

46. A partir da publicação desta Norma, e considerando o prazo previsto no seu Item 59 - Capítulo IV, os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

- Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada; e

livro12VANESSA.indd 231 2/21/aaaa 10:24:28

- Gestão Plena do Sistema Municipal.

46.1. Todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as normas do Item 48 - Capítulo II desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

46.2. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

47. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades:

a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

b) gerência de unidades ambulatoriais próprias;

c) gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União:

d) organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, caso haja neste nível de atenção;

e) cumprimento das responsabilidades definidas no Sub-item 6.1 - Item 6 - Capítulo I desta Norma;

f) disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no Sub-item 6.3 - Item 6 - Capítulo I desta Norma;

g) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

h) prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES;

livro12VANESSA.indd 232 2/21/aaaa 10:24:28

i) realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PABA, localizados em seu território e vinculados ao SUS;

j) operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais;

k) autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços;

l) manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;

m) realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica;

n) execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA;

o) execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente;

p) elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS.

Requisitos:

a) comprovar o funcionamento do CMS;

b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;

c) apresentar o Plano Municipal de Saúde do período em curso, aprovado pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município;

d) comprovar a disponibilidade de serviços, com qualidade e quantidade suficientes, em seu território, para executar todo o elenco de procedimentos constantes Sub-item 6.3 - Item 6 - Capítulo I desta Norma;

e) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão;

livro12VANESSA.indd 233 2/21/aaaa 10:24:28

f) comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde/SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;

g) dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;

h) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;

i) comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica;

j) comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados;

k) submeter-se à avaliação pela SES em relação à capacidade de oferecer todo o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado - EPBA e ao estabelecimento do Pacto de AB para o ano 2001 e subseqüentes;

l) formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas:

a) transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado - PABA, correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária;

b) gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas), localizadas no território municipal;

c) transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

48. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

livro12VANESSA.indd 234 2/21/aaaa 10:24:28

Responsabilidades:

a) elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

b) gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares;

c) gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União;

d) gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o mando único, ressalvado as unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto no Item 50 - Capítulo III desta Norma;

e) desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;

f) garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território;

g) integração dos serviços existentes no município às centrais de regulação ambulatoriais e hospitalares;

h) cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares localizados em seu território e vinculados ao SUS;

i) operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual;

j) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS;

k) avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente;

livro12VANESSA.indd 235 2/21/aaaa 10:24:28

l) execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB;

m) execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB.

Requisitos:

a) comprovar o funcionamento do CMS;

b) comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;

c) apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Compromissos Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão;

d) demonstrar desempenho satisfatório nos indicadores constantes do Pacto da Atenção Básica, de acordo com normatização da SPS;

e) demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica, conforme avaliação descrita no Sub-item 6.5 - Item 6 - Capítulo I desta Norma;

f) comprovar a oferta com qualidade e em quantidade suficiente, em seu território, de todo o elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no Anexo 3 desta Norma, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica;

g) firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria de Estado da Saúde;

h) comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA;

i) participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação;

j) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, avaliação, à auditoria e ao pagamento dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus munícipes;

livro12VANESSA.indd 236 2/21/aaaa 10:24:28

k) comprovar, por meio da alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000;

l) dispor de médico(s) formalmente designado(s) pelo gestor, como responsável(is) pela autorização prévia (quando for o caso), controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados, em número adequado para assumir essas responsabilidades;

m) comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

n) comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

o) apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS;

p) comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e de mecanismos de controle e avaliação;

q) comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde;

r) formalizar, junto ao gestor estadual com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas:

a) transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos constantes do Anexo 3 desta Norma , após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos;

livro12VANESSA.indd 237 2/21/aaaa 10:24:29

b) receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, de acordo com o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado;

c) gestão do conjunto das unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 - DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DOS ESTADOS

49. A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

- Gestão Avançada do Sistema Estadual; e
- Gestão Plena eo Sistema Estadual.

50. São atributos comuns as duas condições de gestão estadual:

Responsabilidades:

a) elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização conforme previsto no Item 2 - Capítulo I desta Norma;

b) coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma;

c) gestão e gerência de unidades estatais de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica;

d) formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional;

e) coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a normalização e operação de câmara de compensação para internações, procedimentos especializados e de alto custo e ou alta complexidade, viabilizando com os municípios-pólo os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso;

f) gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados;

g) formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional;

livro12VANESSA.indd 238 2/21/aaaa 10:24:29

h) normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais;

i) manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores;

j) cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria;

k) estruturação e operação do Componente Estadual do SNA;

l) implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde;

m) coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

n) execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala;

o) coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA;

p) execução das ações básicas de vigilância sanitária referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma ;

q) execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal;

r) apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

Requisitos:

a) apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- quadro de Metas, compatível com a Agenda de Compromissos, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;

- programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades

livro12VANESSA.indd 239 2/21/aaaa 10:24:29

des de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas;

- estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- estratégias de reorganização do modelo de atenção;
- plano diretor de regionalização (PDR), explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos núcleos dos módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais; proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos tetos financeiros dos municípios;

b) apresentar a Programação Pactuação Integrada (PPI), baseada no Plano de Regionalização, conforme definido no Item 5 - Capítulo I e Seção II.1 Capítulo II desta Norma;

c) alimentar com os dados financeiros do Estado no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS;

d) comprovar o funcionamento da CIB;

e) comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde;

f) apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito;

g) comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão;

h) comprovar a estruturação do componente estadual do SNA;

i) comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto à contratação, pagamento, controle, avaliação e auditoria dos serviços sob sua gestão e quanto à avaliação do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde da população do estado.

j) comprovar, por meio de alimentação do SIOPS, a dotação orçamentária do ano e o dispêndio no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional nº 29, de 14 de setembro de 2000;

livro12VANESSA.indd 240 2/21/aaaa 10:24:29

k) comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças;
l) comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária;
m) apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos gerais e específicos relativos à condição de gestão pleiteada.

5.1. Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Avançada do Sistema Estadual:

Responsabilidades:

a) contratação, controle, avaliação, auditoria e ordenação do pagamento do conjunto dos serviços sob gestão estadual;
b) contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento dos prestadores de serviços incluídos no PAB dos municípios não habilitados;
c) operação do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos:

a) apresentar a programação pactuada e integrada ambulatorial, hospitalar e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração;
b) dispor de 60% dos municípios do estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que, nestes, residam 60% da população;
c) dispor de 30% do valor do limite financeiro programado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Prerrogativas:

a) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso Assistencial Básico/PAB relativos aos municípios não habilitados;
b) transferência de recursos referentes às ações de vigilância sanitária;
c) transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e controle de doenças.

livro12VANESSA.indd 241 2/21/aaaa 10:24:29

52. Além dos atributos comuns as duas condições de gestão estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidades:

a) cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual;
b) operação do SIA/SUS e do SIH/SUS, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

Requisitos:

a) comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para a sua elaboração;
b) comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação dos serviços ambulatoriais e hospitalares;
c) dispor de 80% dos municípios habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma, independente do seu contingente populacional; ou 50% dos municípios, desde que, nestes, residam 80% da população;
d) dispor de 50% do valor do Teto Financeiro da Assistência/TFA do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios;
e) comprovar disponibilidade orçamentária e mecanismos de pagamento aos prestadores públicos e privados, bem como de repasse aos fundos municipais de saúde.
f) comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

Prerrogativas:

a) transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do TFA, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados;
b) transferência regular e automática referente às ações realizadas na área de Vigilância Sanitária;
c) remuneração por serviços produzidos na área da vigilância sanitária;
d) normalização complementar, pactuada na CIB e aprovada pelo CES, relativa ao pagamento de prestadores de serviços assistenciais sob sua gestão, inclusive alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima;

livro12VANESSA.indd 242 2/21/aaaa 10:24:29

e) transferência de recursos referentes às ações de epidemiologia e de controle de doenças.

III.2 - DA DESABILITAÇÃO

III.2.1 - DA DESABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

53. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 - Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

54. Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada serão desabilitados quando:

A) descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;
B) apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais por mais de 04 (quatro) meses consecutivos;
C) a cobertura vacinal for menor do que 70% do preconizado pelo PNI para as vacinas: BCG, contra a poliomielite, contra o sarampo e DPT;
D) apresentarem produção de serviços insuficiente, segundo parâmetros definidos pelo MS e aprovados pela CIT, de alguns procedimentos básicos estratégicos;
E) não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica; e
F) apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

55. São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, Fundo-a-Fundo, para os municípios:

A) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador;
B) falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados; e
C) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

**III.2.1.2 - Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal **

56. Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal serão desabilitados quando:

A) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal; ou

livro12VANESSA.indd 243 2/21/aaaa 10:24:29

B) se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 54 - Capítulo III desta Norma; ou

C) não cumprirem Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

56.1. São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, Fundo-a-Fundo, para os municípios:

a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, em período até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador.

b) falta de alimentação dos bancos de dados nacionais por 02 (dois) meses consecutivos ou 03 (três) meses alternados; e

c) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.2 - Da desabilitação dos Estados

57. Os Estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados serão desabilitados pela CIT.

57.1. São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, Fundo-a-Fundo, para os estados:

a) não pagamento dos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, até 60 (sessenta) dias após a apresentação da fatura pelo prestador; e

b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacional do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

Capítulo IV - Disposições Transitórias

58. Os municípios habilitados segundo a NOB/SUS 01/96 na Gestão Plena da Atenção Básica, após avaliados conforme o descrito no Sub-item 6.5 - Item 6 - Capítulo I desta Norma, estarão habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

59. Os municípios terão os seguintes prazos, a partir da publicação desta Norma, para se habilitarem de acordo com o estabelecido pela NOB/SUS 01/96:

- 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma para dar entrada no processo de habilitação junto à Comissão Intergestores Bipartite;
- 60 (sessenta) dias para homologação da habilitação pela Comissão Intergestores Tripartite.

livro12VANESSA.indd 244 2/21/aaaa 10:24:29

60. Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena Atenção Básica e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

61. Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e os que se habilitarem conforme previsto no Item 59, deste Capítulo, deverão se adequar, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal definidas nesta Norma, sob pena de desabilitação na modalidade.

61.1. Estes municípios poderão se manter habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica ou Atenção Básica Ampliada, de acordo com a avaliação descrita nos Sub-ítens 6.5 e 6.6 – Item 6, Capítulo I desta Norma.

62. Os estados, cujos processos de habilitação já se encontram tramitando no Ministério da Saúde, terão 60 (sessenta) dias a partir da data de publicação desta Norma, para resolver as pendências, de forma a poder se habilitar de acordo com as regras da NOB/SUS 01/96.

63. As responsabilidades, fluxos e prazos para melhor operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação serão definidas em portaria da SAS/MS, dentro de 30 (trinta) dias, a partir da data de publicação desta Norma.

64. Os estados deverão elaborar, 120 (cento e vinte) dias após a publicação da regulamentação dos planos de regionalização e da PPI prevista nesta Norma os respectivos planos diretores de regionalização e PPI.

64.1. Os municípios localizados em estados que não cumprirem o prazo de que trata este item poderão, enquanto persistir esta situação, habilitar-se de acordo com as regras de habilitação previstas na NOB/SUS 01/96.

65. No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS/SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS n° 2.203, de 5 de novembro de 1996, no que couber.

livro12VANESSA.indd 245 2/21/aaaa 10:24:29

TEXTO 16

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - NOAS/SUS 1/2002 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 28 DE FEVEREIRO DE 2002)

Portaria GM/MS n.º 373/GM de 27 de fevereiro de 2002

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

Considerando os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o disposto no Artigo 198 da Constituição Federal de 1998, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único;

Considerando a necessidade de dar continuidade ao processo de descentralização e organização do Sistema Único de Saúde – SUS, fortalecido com a implementação da Norma Operacional Básica –SUS 01/96, de 05 de novembro de 1996; e

Considerando as contribuições do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, seguidas da aprovação da Comissão Intergestores Tripartite – CIT e Conselho Nacional de Saúde – CNS, em 07 de dezembro de 2001;

Considerando o contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Art. 2º Esta Portaria entra data de sua publicação, cessando os efeitos da Portaria GM/MS N° 95, de 26 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial n° 20-E, de 29 de janeiro de 2001, Seção 1.

BARJAS NEGRI

livro12VANESSA.indd 246 2/21/aaaa 10:24:29

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - NOAS-SUS 01/02

INTRODUÇÃO

A presente Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS-SUS 01/02 resulta do contínuo movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

A partir da publicação da NOAS-SUS 01/01, em 26 de janeiro de 2001, o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde, através do CONASS, e as Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS, desencadearam diversas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, ponderando criticamente os avanços e os desafios que novas diretrizes organizativas trariam para sua realidade concreta.

Durante este percurso, em algumas unidades da federação foram identificados entraves na operacionalização de determinados itens, decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS e assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais, bem como da fragilidade para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais.

Em decorrência da necessidade de viabilizar o debate sobre essas questões, identificadas como causadoras de maior tensionamento na implantação da Norma, o processo de negociação foi reaberto durante o segundo semestre de 2001. Neste sentido, a Comissão Intergestores Tripartite - CIT, em reunião realizada em 22 de novembro de 2001, firmou acordo contemplando propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Nessa mesma ocasião, deliberou-se pela constituição de um Grupo de Trabalho, com representação tripartite, com a atribuição de detalhar o acordo e incorporar a NOAS os pontos acordados, mantendo a coerência do texto. Em 07 de dezembro de 2001 foi feito um relato, por representantes do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, aos membros do Conselho Nacional de Saúde, acerca da negociação realizada na CIT e das alterações que dela resultaram.

Ainda como resultado do processo de elaboração da NOAS-SUS 01/02 e com o objetivo de facilitar sua utilização, este documento incorporou definições da regula-

livro12VANESSA.indd 247 2/21/aaaa 10:24:30

mentação complementar relacionadas aos temas que foram objeto do acordo, que, na versão anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos.

Enfim, cabe destacar que esta NOAS-SUS 01/02, ao assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS-SUS 01/01, procura oferecer as alternativas necessárias à superação das dificuldades e impasses oriundos da dinâmica concreta de sua implementação.

CAPÍTULO I - DA REGIONALIZAÇÃO

1. Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade.

1.1. O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

I.1 DA ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO

2. Instituir o Plano Diretor de Regionalização - PDR como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

3. O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades.

4. O PDR deverá ser elaborado na perspectiva de garantir:

livro12VANESSA.indd 248 2/21/aaaa 10:24:30

a) O acesso dos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às seguintes responsabilidades mínimas:

- assistência pré-natal, parto e puerpério;
- acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;
- ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- tratamento das intercorrências mais comuns na infância;
- atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;
- controle das doenças bucais mais comuns;
- suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica.

b) O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

5. Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no PDR:

a) Região de Saúde - base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

livro12VANESSA.indd 249 2/21/aaaa 10:24:30

b) Módulo Assistencial - módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 8 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características:

- conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada/GPAB-A, com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou

- município em Gestão Plena do Sistema Municipal ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada / GPAB-A, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 – Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

c) Município-sede do módulo assistencial (GPSM ou GPAB-A) - município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 8 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

d) Município-pólo (GPSM ou GPAB-A) - município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

e) Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde - representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde. Deverá ser a menor base territorial de planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo assistencial, conforme definido no PDR. Poderá ser uma microrregião ou uma região de saúde, de acordo com o desenho adotado pelo estado.

6. Para se qualificarem aos requisitos da NOAS SUS 01/02, os estados e o Distrito Federal deverão submeter à CIT os produtos, bem como os meios de verificação correspondentes, definidos no Anexo 6 desta norma, contendo, no mínimo:

livro12VANESSA.indd 250 2/21/aaaa 10:24:30

a) a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos;

b) a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;

c) o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos;

d) a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios -sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

e) os mecanismos de relacionamento intermunicipal como organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;

f) a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;

g) a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual;

6.1. Os produtos relativos à qualificação dos estados e do Distrito Federal aos requisitos desta Norma, no que tange a sua elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação, obedecerão ao seguinte:

6.1.1 na sua elaboração:

a) Cabe às Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, que deverá contemplar uma lógica de planejamento que envolva os municípios na definição dos espaços regionais/microrregionais de assistência à saúde, dos fluxos de referência, bem como dos investimentos para a conformação de sistemas de saúde resolutivos e funcionais.

b) O PDR deve contemplar a perspectiva de redistribuição geográfica de recursos tecnológicos e humanos, explicitando o desenho futuro e desejado da regionalização estadual, prevendo os investimentos necessários para a conformação destas

livro12VANESSA.indd 251 2/21/aaaa 10:24:30

novas regiões/microrregiões e módulos assistenciais, observando assim a diretriz de possibilitar o acesso do cidadão a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, o mais próximo possível de sua residência.

c) O PDR subsidiará o processo de qualificação de regiões/microrregiões.

6.1.2 na tramitação:

a) a Secretaria de Saúde do estado ou do Distrito Federal deverá encaminhar o os produtos à respectiva Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que deverá convocar reunião para análise e aprovação, após, no máximo, 30 (trinta) dias a contar da data de recebimento da proposta;

b) aprovado o Plano Diretor de Regionalização e demais produtos, a CIB deverá remetê-la ao Conselho Estadual de Saúde - CES, que terá 30 (trinta) dias para apreciação e deliberação;

c) após aprovado nas instâncias estaduais, a Secretaria Estadual de Saúde deverá encaminhar o PDR e demais produtos à Secretaria Técnica da Comissão Intergestores Tripartite - CIT, que encaminhará a documentação referida à Secretaria de Assistência à Saúde - SAS/MS e à Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/ MS, para análise de conteúdo e viabilidade; após o que procederão ao encaminhamento destes, com parecer, à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação e homologação.

d) caso não seja homologada pela CIT, a referida documentação deverá ser devolvido à respectiva Secretaria Estadual de Saúde, para ajuste e análise das recomendações e novamente submetido à apreciação da CIB e do CES.

e) em caso de alteração do PDR pelo estado ou Distrito Federal após sua homologação pela CIT, deverá ser observada a mesma tramitação definida para a proposta original.

I.2 DA AMPLIAÇÃO DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

7. Instituir a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde.

7.1. Definir como áreas de atuação estratégicas mínimas da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada: o controle da tuberculose, a eliminação da hanse-

livro12VANESSA.indd 252 2/21/aaaa 10:24:30

níase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal, conforme detalhamento apresentado no ANEXO 1 desta Norma.

7.2. As ações de que trata o ANEXO 1 desta Norma devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, respeitado o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria GM/MS N° 3.925, de 13 de novembro de 1998, e regulamentado anualmente em portaria específica.

7.3. O conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada é compreendido por aqueles atualmente cobertos pelo Piso de Atenção Básica (PAB), acrescidos dos procedimentos relacionados no ANEXO 2 desta Norma.

7.4. Para o financiamento do elenco de procedimentos da Atenção Básica Ampliada, foi instituído o PAB Ampliado, e seu valor definido em Portaria do Ministério da Saúde, sendo que os municípios que hoje já recebem o PAB fixo em valor superior ao PAB Ampliado não sofrerão alteração no valor per capita do PAB fixo destinado ao seu município.

7.5. Os municípios já habilitados nas condições de gestão da NOB 01/96 estarão aptos a receber o PAB Ampliado, após assumirem a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada - GPAB-A, mediante avaliação pela Secretaria Estadual de Saúde, aprovação pela CIB, e homologação pela CIT.

7.6. A Secretaria de Políticas de Saúde/SPS é a unidade organizacional do Ministério da Saúde responsável pela regulamentação de critérios, fluxos e instrumentos do processo de avaliação da Atenção Básica para efeito de habilitação e manutenção nas condições de gestão definidas nesta Norma.

I.3 DOS MÓDULOS ASSISTENCIAIS E DA QUALIFICAÇÃO DAS MICRORREGIÕES

8. Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.

8.1. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as

livro12VANESSA.indd 253 2/21/aaaa 10:24:30

atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1) e de internação hospitalar, detalhadas no ANEXO 3 desta Norma.

9. O financiamento federal do conjunto de serviços do M1 adotará a seguinte lógica:

9.1. O financiamento das atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico (M1), será feito com base na programação de um valor per capita nacional mínimo, definido em Portaria do Ministro da Saúde.

9.2. O financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Limite Financeiro Global da Assistência de cada Unidade da Federação;

9.3. Para apoiar o processo de qualificação das regiões/microrregiões e garantir os recursos per capita para o financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) para toda a população brasileira, o Ministério da Saúde adicionará recursos ao Limite Financeiro dos Estados, conforme definido em Portaria específica, sendo que a destinação destes recursos estará descrita na PPI dos estados e do Distrito Federal, devendo sua incorporação ao Limite Financeiro dos Estados ocorrer na medida em que forem efetivadas as qualificações das regiões/microrregiões assistenciais.

9.4. Serão qualificadas apenas as regiões/microrregiões nas quais a PPI estadual tenha definido a alocação dos recursos destinados ao financiamento dos procedimentos mínimos da média complexidade (M1) na(s) sede(s) de módulo(s) assistencial(is).

9.5. Nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do M1 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.

10. O repasse dos recursos de que trata o Subitem 9.3 - Item 9 - Capítulo I, desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.

11 A qualificação compreende o reconhecimento formal da constituição das regiões/microrregiões, da organização dos sistemas funcionais de assistência à saúde e do compromisso firmado entre o estado e os municípios componentes dos módulos assistenciais, para a garantia do acesso de toda a população residente nestes espaços territoriais a um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde relativo ao M1, acrescidos de um conjunto de serviços com complexidade acima

livro12VANESSA.indd 254 2/21/aaaa 10:24:30

do módulo assistencial, de acordo com o definido no PDR.

12. Os requisitos para a qualificação de cada região/microrregião e respectivos instrumentos de comprovação estão listados no Anexo 7 desta Norma.

13. A solicitação de qualificação de cada região/microrregião de saúde deverá ser encaminhada à CIT, observando que:

13.1 O gestor estadual, conjuntamente com os gestores municipais da região a ser qualificada, deve encaminhar a CIB solicitação de qualificação da região/microrregião;

13.2 A CIB deverá analisar a solicitação que, se aprovada, deverá ser encaminhada ao CES, para conhecimento, e à Secretaria Técnica da CIT, para deliberação;

13.3 A Secretaria Técnica da CIT deverá encaminhar documentação à Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que procederá a respectiva análise, de acordo com o PDR já aprovado;

13.4. A SAS/MS deverá encaminhar parecer quanto ao processo de qualificação à CIT, para decisão quanto à sua homologação.

14. Após a homologação na CIT do processo de qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente ao financiamento dos procedimentos listados no ANEXO 3A desta Norma (M1) destinados à cobertura da população do município-sede de módulo, acrescido do montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos por uma das duas formas: (i) fundo a fundo ao estado habilitado quando o município-sede de módulo for habilitado em GPAB-A (ii) fundo a fundo ao município-sede de cada módulo assistencial quando esse for habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde, sendo que, neste caso, a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos Itens 37 e 38 - Capítulo II desta Norma.

15. Em módulos nos quais a sede estiver sob gestão municipal, caso exista um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços

livro12VANESSA.indd 255 2/21/aaaa 10:24:30

requeridos para ser sede de módulo assistencial, esse município poderá celebrar um acordo com o gestor do município-sede do módulo para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço.

16. A Secretaria de Assistência à Saúde é a unidade organizacional do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a serem submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

I.4 DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

17. A Atenção de Média Complexidade (MC) - compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

18. Excetuando as ações mínimas da média complexidade (M1), que devem ser garantidas no âmbito dos módulos assistenciais, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

19. O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, economias de escala, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

20. Os subsídios à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção são descritos em instrumento a ser acordado pelas três esferas de governo e definido em Portaria do MS.

21. O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para

livro12VANESSA.indd 256 2/21/aaaa 10:24:30

todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

21.1. A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos nos estados para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

21.2. A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

21.3. A programação de internações hospitalares deve utilizar critérios homogêneos de estimativa de internações necessárias para a população, e considerar a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das internações hospitalares, bem como os fluxos de referência entre municípios.

21.4. A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação pactuada integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

22. Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 - Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um município pólo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

22.1. O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

22.2. Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras

livro12VANESSA.indd 257 2/21/aaaa 10:24:31

correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores.

I.5 DA POLÍTICA DE ATENÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE/CUSTO NO SUS

23. A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz nas seguintes atribuições:

a - definição de normas nacionais;

b - controle do cadastro nacional de prestadores de serviços;

c - vistoria de serviços, quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde;

d - definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS;

e - definição do elenco de procedimentos de alta complexidade; f - estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços;

g - definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para Procedimentos de Alta Complexidade;

h - formulação de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados;

i - financiamento das ações.

23.1. A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

24. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

a - a macroalocação de recursos orçamentários do Limite Financeiro da Assistência do estado para cada área de alta complexidade;

livro12VANESSA.indd 258 2/21/aaaa 10:24:31

b - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

c - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

d - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

e - a definição de limites financeiros municipais para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente às referências de outros municípios;

f - a coordenação dos processos de remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites financeiros municipais;

g - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

h - a coordenação da implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros);

i - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;

j - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

24.1 A regulação da referência intermunicipal de alta complexidade será sempre efetuada pelo gestor estadual.

25 - Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

livro12VANESSA.indd 259 2/21/aaaa 10:24:31

a - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;

b - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

c - condução do processo de contratação;

d - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

e - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

f - controle, avaliação e auditoria de serviços.

25.1 A regulação dos serviços de alta complexidade será de responsabilidade do gestor municipal, quando o município encontrar-se na condição de gestão plena do sistema municipal, e de responsabilidade do gestor estadual, nas demais situações.

25.2 A regulação dos serviços de alta complexidade, localizados em município habilitado em GPSM de acordo com as regras estabelecidas pela NOB SUS 01/96 em que persista a divisão do comando sobre os prestadores, deverá ser assumida pelo município ou pelo estado, de acordo com o cronograma de ajuste do comando único aprovado na CIB estadual, conforme previsto no item 66 desta Norma.

25.3. Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada (GPAB-A) que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar aos gestores municipais as funções de controle e avaliação dos prestadores, incluindo o processo autorizativo.

26. As ações de alta complexidade e as ações estratégicas serão financiadas de acordo com Portaria do Ministério da Saúde.

27. O Ministério da Saúde, definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado.

28. Caberá aos estados, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

livro12VANESSA.indd 260 2/21/aaaa 10:24:31

29. A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo - alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

29.1. A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

30. A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que o Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade.

CAPÍTULO II - FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE GESTÃO NO SUS

II.1 DO PROCESSO DE PROGRAMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

31. Cabe ao Ministério da Saúde a coordenação do processo de programação da assistência à saúde em âmbito nacional.

31.1. As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI), conforme definido em Portaria do Ministério da Saúde.

31.2. As secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal poderão dispor de instrumentos próprios de programação adequados às suas especificidades, respeitados os princípios gerais e os requisitos da versão consolidada a ser enviada ao Ministério da Saúde.

32. Cabe a SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do estado, por meio do estabelecimento de processos e métodos que assegurem:

livro12VANESSA.indd 261 2/21/aaaa 10:24:31

a) que as diretrizes, objetivos e prioridades da política estadual de saúde e os parâmetros de programação, em sintonia com a Agenda de Saúde e Metas Nacionais, sejam discutidos no âmbito da CIB com os gestores municipais, aprovados pelos Conselhos Estaduais e implementados em fóruns regionais e/ou microrregionais de negociação entre gestores;

b) a alocação de recursos centrada em uma lógica de atendimento às reais necessidades da população e jamais orientada pelos interesses dos prestadores de serviços;

c) a operacionalização do Plano Diretor de Regionalização e de estratégias de regulação do sistema, mediante a adequação dos critérios e instrumentos de alocação e pactuação dos recursos assistenciais e a adoção de mecanismos que visem regular a oferta e a demanda de serviços, organizar os fluxos e garantir o acesso às referências;

d) a explicitação do modelo de gestão com a definição das responsabilidades inerentes ao exercício do comando único de forma coerente com as condições de habilitação.

33. A Programação Pactuada e Integrada, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação.

33.1. Define-se limite financeiro da assistência por município como o montante máximo de recursos federais que poderá ser gasto com o conjunto de serviços existentes em cada território municipal, sendo composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

33.2. Esses recursos poderão estar sob gestão municipal, quando o município encontrar-se em GPSM, ou sob gestão estadual, quando o município estiver em outra condição de gestão.

33.3.O Limite Financeiro da Assistência de cada estado, assim como do Distrito Federal no que couber, independente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:

livro12VANESSA.indd 262 2/21/aaaa 10:24:31

a) Relação de todos os municípios do estado, independentemente da sua condição de gestão.

b) Condição de Gestão do Município/ nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade.

c) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal

d) Parcela de recursos financeiros para o atendimento das referências intermunicipais

e) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão estadual

f) Outros recursos sob gestão estadual, alocados nos municípios ou na Secretaria Estadual de Saúde

g) Limite Financeiro Global da Unidade Federativa - soma dos itens C, D, E e F.

33.4. Os limites financeiros da assistência por município devem ser definidos globalmente em cada estado a partir da aplicação de critérios e parâmetros de programação ambulatorial e hospitalar, respeitado o limite financeiro estadual, bem como da definição de referências intermunicipais na PPI. Dessa forma, o limite financeiro por município deve ser gerado pela programação para o atendimento da própria população, deduzida da necessidade de encaminhamento para outros municípios e acrescida da programação para atendimento de referências recebidas de outros municípios.

33.5. Os municípios habilitados ou que vierem a se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal devem receber diretamente, em seu Fundo Municipal de Saúde, o total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para aquele município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e, condicionada ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso celebrado com o gestor estadual, a parcela destinada ao atendimento da população referenciada.

33.6. Em regiões/microrregiões qualificadas, os recursos referentes ao M1 alocados no município-sede serão repassados ao Fundo Municipal de Saúde quando o município-sede estiver habilitado em GPSM ou ao Fundo Estadual de Saúde quando o município-sede estiver habilitado em GPAB-A.

33.7. Os limites financeiros da assistência por município estão sujeitos a reprogramação em função da revisão periódica da PPI, coordenada pelo gestor estadual.

livro12VANESSA.indd 263 2/21/aaaa 10:24:31

Particularmente, a parcela correspondente às referências intermunicipais, poderá ser alterada pelo gestor estadual, trimestralmente, em decorrência de ajustes no Termo de Compromisso e pontualmente, em uma série de situações específicas, detalhadas no Item 38 - Capítulo II.

34. A SES deverá encaminhar ao Ministério da Saúde os produtos do processo de programação da assistência, conforme definidos em Portaria do Ministério da Saúde.

II.2 DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO NA GARANTIA DE ACESSO DA POPULAÇÃO REFERENCIADA

35. O Ministério da Saúde assume, de forma solidária com as Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal, a responsabilidade pelo atendimento a pacientes referenciados entre estados.

36. A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo o mesmo organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados.

37. A garantia do atendimento à população referenciada será objeto de um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso a ser assinado pelo gestor municipal e pelo gestor estadual quando o município-sede de módulo ou município-pólo estiver em GPSM.

37.1. O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios pólo, os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, o processo de acompanhamento e revisão do Termo e sanções previstas.

38. A SES poderá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais no limite financeiro do município em GPSM, nas seguintes situações, detalhadas no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso:

A) periodicamente, em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB;

livro12VANESSA.indd 264 2/21/aaaa 10:24:31

B) trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subseqüente;

C) pontualmente, por meio de alteração direta pela SES (respeitados os prazos de comunicação aos gestores estabelecidos no Termo de Compromisso, conforme detalhado no ANEXO 4 desta Norma), sendo a CIB informada em sua reunião subseqüente, nos seguintes casos: abertura de novo serviço em município que anteriormente encaminhava sua população para outro; redirecionamento do fluxo de referência da população de um município pólo para outro, solicitado pelo gestor municipal; problemas no atendimento da população referenciada ou descumprimento pelo município em GPSM dos acordos estabelecidos no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

38.1. Nas situações em que os recursos de média e alta complexidade de municípios que efetuem atendimento das referências intermunicipais estejam sob gestão estadual, e os mecanismos de garantia de acesso não forem cumpridos pelo estado, os municípios que se sentirem prejudicados deverão acionar a CIB para que essa Comissão tome as providências cabíveis.

39. Quaisquer alterações nos limites financeiros dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, decorrentes de ajuste ou revisão da programação e do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso serão comunicadas pelas SES à SAS/MS, para que esta altere os valores a serem transferidos ao Fundo Municipal de Saúde correspondente.

40. Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá assumir o comando único sobre os prestadores do seu território e participar do processo de programação e quando necessário, garantir o atendimento à população de referência, conforme acordado na PPI e consolidado por meio da assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso.

II.3 DO PROCESSO DE CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

41. As funções de controle, regulação e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população.

livro12VANESSA.indd 265 2/21/aaaa 10:24:31

41.1.1. As atribuições do Controle, Regulação e Avaliação são definidas conforme as pactuações efetuadas pelos três níveis de governo.

42. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente nas seguintes dimensões:

A) avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
B) relação com os prestadores de serviços;
C) qualidade da assistência e satisfação dos usuários;
D) resultados e impacto sobre a saúde da população.

43. Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da eqüidade no acesso na alocação dos recursos, e como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde o Relatório de Gestão.

44. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, a ser exercido pelo gestor do SUS responsável de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado, compreende o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições.

44.1. O cadastro completo e fidedigno de unidades prestadoras de serviços de saúde é um requisito básico para programação de serviços assistenciais, competindo ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade própria, contratada ou conveniada, a garantia da atualização permanente dos dados cadastrais e de alimentação dos bancos de dados nacionais do SUS.

44.2. O interesse público e a identificação de necessidades assistenciais devem pautar o processo de compra de serviços na rede privada, que deve seguir a legislação, as normas administrativas específicas e os fluxos de aprovação definidos na Comissão Intergestores Bipartite, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente para o atendimento da população.

44.3. Os contratos de prestação de serviços devem representar instrumentos efe-

livro12VANESSA.indd 266 2/21/aaaa 10:24:31

tivos de responsabilização dos prestadores com os objetivos, atividades e metas estabelecidas pelos gestores de acordo com as necessidades de saúde identificadas.

44.4. Os procedimentos técnico-administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, especialmente a autorização de internações e de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade e/ou alto custo, devem ser organizados de forma a facilitar o acesso dos usuários e permitir o monitoramento adequado da produção e faturamento de serviços.

44.5. Outros mecanismos de controle e avaliação devem ser adotados pelo gestor público, como o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, a análise da coerência entre a programação, a produção e o faturamento apresentados e a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores.

45. A avaliação da qualidade da atenção pelos gestores deve envolver tanto a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como a adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema, que considerem a acessibilidade, a integralidade da atenção, a resolubilidade e qualidade dos serviços prestados.

46. A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde deve envolver o acompanhamento dos resultados alcançados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados no plano de saúde, voltados para a melhoria do nível de saúde da população.

47. Os estados e municípios deverão elaborar seus respectivos planos de controle, regulação e avaliação que consistem no planejamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.

47.1. Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação, cabe programar e regular os serviços e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia de acesso.

47.2. A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

48. A regulação da assistência, voltada para a disponibilização da alternativa

livro12VANESSA.indd 267 2/21/aaaa 10:24:32

assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, pressupõe:

A) a realização prévia de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e condições de acesso às unidades de referência;

B) a definição da estratégia de regionalização que explicite a responsabilização e papel dos vários municípios, bem como a inserção das diversas unidades assistenciais na rede;

C) a delegação pelo gestor competente de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais;

D) a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação.

II.4 DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DE OUTRO NÍVEL DE GOVERNO:

49. Definir que unidades hospitalares públicas sob gerência de um nível de governo e gestão de outro, preferencialmente deixem de ser remunerados por produção de serviços e passem a receber recursos correspondentes à realização de metas estabelecidas de comum acordo.

50. Aprovar, na forma do Anexo 5 desta Norma, modelo contendo cláusulas mínimas do Termo de Compromisso a ser firmado entre as partes envolvidas, com o objetivo de regular a contratualização dos serviços oferecidos e a forma de pagamento das unidades hospitalares.

51. Os recursos financeiros para cobrir o citado Termo de Compromisso devem ser subtraídos das parcelas correspondentes à população própria e à população referenciada do limite financeiro do (município/estado), e repassado diretamente ao ente público gerente da unidade, em conta específica para esta finalidade aberta em seu fundo de saúde.

livro12VANESSA.indd 268 2/21/aaaa 10:24:32

CAPÍTULO - III CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO E DESABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

III.1 CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO DE MUNICÍPIOS E ESTADOS

A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais.

52. A habilitação dos municípios e estados às diferentes condições de gestão significa a declaração dos compromissos assumidos por parte do gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade.

III.1.1 Com relação ao processo de habilitação dos municípios

53. A partir da publicação desta Norma os municípios poderão habilitar-se em duas condições:

- GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA AMPLIADA; e
- GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL.

53.1. Todos os municípios que vierem a ser habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, nos termos desta Norma, estarão também habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

53.2. Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação.

54. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

b) Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.

c) Gerência de unidades ambulatoriais próprias.

d) Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo estado ou pela União.

livro12VANESSA.indd 269 2/21/aaaa 10:24:32

e) Organização da rede de atenção básica, incluída a gestão de prestadores privados, quando excepcionalmente houver prestadores privados nesse nível e atenção.

f) Cumprimento das responsabilidades definidas no Subitem 7.1 - Item 7 - Capítulo I desta Norma.

g) Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população, de serviços capazes de oferecer atendimento conforme descrito no Subitem 7.3 - Item 7 - Capítulo I desta Norma.

h) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS, segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços.

i) Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela SES.

j) Desenvolver as atividades de: realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS.

k) Operação do SIA/SUS e o SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.

l) Autorização, desde que não haja definição contrária por parte da CIB, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.

m) Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.

n) Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o seu meio ambiente, incluindo o cumprimento do pacto de indicadores da atenção básica.

o) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

p) Execução das ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras, de acordo com normatização vigente.

q) Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde/CMS.

r) Firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o estado.

livro12VANESSA.indd 270 2/21/aaaa 10:24:32

Requisitos

a) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde;

b) Comprovar o funcionamento do CMS.

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

d) Comprovar, formalmente, capacidade técnica e administrativa para o desempenho das atividades de controle, e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação.

e) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

f) Estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;

g) Comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT:

1. Desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
2. Alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde já existentes e dos que vierem ser criados conforme portaria;
3. Disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
4. Disponibilidade de serviços para realização do elenco de procedimentos básicos ampliado - EPBA.

h) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA;

i) Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações básicas de vigilância epidemiológica.

j) Formalizar junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

livro12VANESSA.indd 271 2/21/aaaa 10:24:32

Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliado (PAB-A), correspondente ao financiamento do Elenco de Procedimentos Básicos e do incentivo de vigilância sanitária.

b) Gestão municipal de todas as unidades básicas de saúde, públicas ou privadas (lucrativas e filantrópicas) integrantes do SUS, localizadas no território municipal.

c) Transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, desde que qualificado conforme as normas vigentes.

55. Os municípios, para se habilitarem à Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão assumir as responsabilidades, cumprir os requisitos e gozar das prerrogativas definidas a seguir:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde.

b) Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.

c) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares.

d) Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo estado e pela União.

e) Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, independente da sua natureza jurídica ou nível de complexidade, exercendo o comando único, ressalvando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública, em consonância com o disposto na letra c do Item 57 - Capítulo III desta Norma.

f) Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS segundo a estratégia de implantação do Cartão Nacional de Saúde, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços.

livro12VANESSA.indd 272 2/21/aaaa 10:24:32

g) Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.

h) Integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares.

i) Desenvolver as atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS.

j) Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual.

k) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS.

l) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente.

m) Execução das ações básicas, de média e alta complexidade em vigilância sanitária, pactuadas na CIB.

n) Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras pactuadas na CIB;

o) Firmar o Pacto da Atenção Básica com o estado.

Requisitos

a) Comprovar o funcionamento do CMS.

b) Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde e disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.

c) Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo CMS, que deve contemplar a Agenda de Saúde Municipal, harmonizada com as agendas nacional e estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

d) Estabelecimento do Pacto da Atenção Básica para o ano em curso;

livro12VANESSA.indd 273 2/21/aaaa 10:24:32

e) Comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela Secretaria Estadual de Saúde e validada pela SPS/MS, para encaminhamento a CIT:

1. Desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior;
2. Alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde já existentes e dos que vierem ser criados conforme portaria
3. Disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas;
4. Disponibilidade de serviços para realização do elenco de procedimentos básicos ampliado - EPBA.

f) Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a Secretaria Estadual de Saúde.

g) Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

h) Participar da elaboração e da implementação da PPI do estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação.

i) Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso à Internet).

j) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

k) Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

l) Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

m) Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.

livro12VANESSA.indd 274 2/21/aaaa 10:24:32

n) Comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores de serviços ao SUS localizados no território municipal.

o) Comprovar oferta das ações do primeiro nível de média complexidade (M1) e de leitos hospitalares.

p) Comprovar Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS Cartão SUS.

q) Formalizar, junto a CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSM.

Prerrogativas

a) Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o financiamento dos procedimentos do M1, após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população e, caso seja sede de módulo assistencial, para a sua própria população e população dos municípios abrangidos.

b) Receber, diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais correspondente ao limite financeiro programado para o município, compreendendo a parcela destinada ao atendimento da população própria e aquela destinada ao atendimento à população referenciada, condicionado ao cumprimento efetivo do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado.

c) Gestão do conjunto das unidades prestadoras de serviços ao SUS ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais e privadas, estabelecidas no território municipal.

III.1.2 Do processo de habilitação dos estados

56. A partir da publicação desta Norma, os estados podem habilitar-se em duas condições:

- GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL;
- GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL.

57. São atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual:

Responsabilidades

a) Elaboração do Plano Estadual de Saúde, e do Plano Diretor de Regionalização, incluindo o Plano Diretor de Investimentos e Programação Pactuada e Integrada.

livro12VANESSA.indd 275 2/21/aaaa 10:24:32

b) Coordenação da PPI do estado, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, conforme expresso no item que descreve a PPI, nos termos desta Norma.

c) Gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.

d) Formulação e execução da política de sangue e hemoterapia, de acordo com a política nacional.

e) Coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, viabilizando com os municípios-sede de módulos assistenciais e pólos os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso.

f) Gestão dos sistemas municipais nos municípios não habilitados em nenhuma das condições de gestão vigentes no SUS.

g) Gestão das atividades referentes a: Tratamento Fora de Domicílio para Referência Interestadual, Medicamentos Excepcionais, Central de Transplantes. O estado poderá delegar essas funções aos municípios em GPSM.

h) Formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, de acordo com a política nacional.

i) Normalização complementar de mecanismos e instrumentos de administração da oferta e controle da prestação de serviços ambulatoriais, hospitalares, de alto custo, do tratamento fora do domicílio e dos medicamentos e insumos especiais.

j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS, e coordenação do cadastro estadual de prestadores.

k) Organização e gestão do sistema estadual de Controle, Avaliação e Regulação.

l) Cooperação técnica e financeira com o conjunto de municípios, objetivando a consolidação do processo de descentralização, a organização da rede regionalizada e hierarquizada de serviços, a realização de ações de epidemiologia, de controle de doenças, de vigilância sanitária, assim como o pleno exercício das funções gestoras de planejamento, controle, avaliação e auditoria.

m) Estruturação e operação do Componente Estadual do SNA.

n) Implementação de políticas de integração das ações de saneamento às ações de saúde.

livro12VANESSA.indd 276 2/21/aaaa 10:24:32

o) Coordenação das atividades de vigilância epidemiológica e de controle de doenças e execução complementar conforme pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.

p) Execução de operações complexas voltadas ao controle de doenças que possam se beneficiar da economia de escala.

q) Coordenação das atividades de vigilância sanitária e execução complementar conforme a legislação em vigor e pactuação estabelecida com a ANVISA.

r) Execução das ações básicas de vigilância sanitária, referentes aos municípios não habilitados nas condições de gestão estabelecidas nesta Norma.

s) Execução das ações de média e alta complexidade de vigilância sanitária, exceto as realizadas pelos municípios habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal.

t) Apoio logístico e estratégico às atividades de atenção à saúde das populações indígenas, na conformidade de critérios estabelecidos pela CIT.

u) Operação dos Sistemas Nacionais de Informação, conforme normas do MS, e alimentação dos bancos de dados de interesse nacional.

v) Coordenação do processo de pactuação dos indicadores da Atenção Básica com os municípios, informação das metas pactuadas ao Ministério da Saúde e acompanhamento da evolução dos indicadores pactuados.

Requisitos

a) Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente:

- Quadro de Metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão;
- programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças - incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios - de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento;
- estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios;
- estratégias de reorganização do modelo de atenção;

b) Apresentar o Plano Diretor de Regionalização, nos termos desta Norma.

livro12VANESSA.indd 277 2/21/aaaa 10:24:32

c) Comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios.

d) Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Estadual, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.

e) Comprovar o funcionamento da CIB.

f) Comprovar o funcionamento do CES.

g) Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde e disponibilidade orçamentária suficiente, bem como mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.

h) Apresentar relatório de gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.

i) Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas.

j) Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPSM, nos termos desta Norma.

k) Comprovar a estruturação do componente estadual do SNA.

l)Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet). Comprovar também, a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.

m) Comprovar a Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.

n) Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.

o) Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.

livro12VANESSA.indd 278 2/21/aaaa 10:24:33

p) Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pela CIB e pelo CES, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.

Prerrogativas

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao Piso de Atenção Básica (PAB) relativos aos municípios não habilitados, nos termos da NOB 96.

b) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento per capita do M1 em regiões qualificadas, nos casos em que o município-sede estiver habilitado somente em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

58. Além dos atributos da condição de gestão avançada do sistema estadual, ficam estabelecidos os seguintes atributos específicos à Gestão Plena do Sistema Estadual:

Responsabilidade

a) Cadastro, contratação, controle, avaliação e auditoria e pagamento aos prestadores do conjunto dos serviços sob gestão estadual.

Requisito

a) Dispor de 50% do valor do Limite Financeiro da Assistência do estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.

Prerrogativa

a) Transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao valor do Limite Financeiro da Assistência, deduzidas as transferências fundo a fundo realizadas a municípios habilitados.

III.2 DA DESABILITAÇÃO

III.2.1 Da desabilitação dos municípios

59. Cabe à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestores Tripartite.

III.2.1.1 Da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

60. Os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica ampliada estarão passíveis de desabilitação quando:

livro12VANESSA.indd 279 2/21/aaaa 10:24:33

A) descumprirem as responsabilidades assumidas na habilitação do município;

B) apresentarem situação irregular na alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;

C) não cumprirem as metas de cobertura vacinal para avaliação da Atenção Básica;

D) não cumprirem os demais critérios de avaliação da Atenção Básica, para manutenção da condição de gestão, pactuados na Comissão Intergestores Tripartite e publicados em regulamentação complementar a esta norma;

E) não firmarem o Pacto de Indicadores da Atenção Básica;

F) apresentarem irregularidades que comprometam a gestão municipal, identificadas pelo componente estadual e/ou nacional do SNA.

60.1. São motivos de suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;

- disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;

c) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.1.2 Da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

61. Os municípios habilitados na gestão Plena do Sistema Municipal estarão passíveis de desabilitação quando:

A) se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 60 - Capítulo III desta Norma; ou

B) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:

B.1 cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

livro12VANESSA.indd 280 2/21/aaaa 10:24:33

B.2 disponibilidade do conjunto de serviços do M1;

B.3 atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI.

B.4 comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território.

61.1. A desabilitação de municípios em GPSM implicará permanência apenas em GPAB-A, desde que o motivo da desabilitação não tenha sido referente às responsabilidades atribuídas à gestão plena da atenção básica ampliada.

61.2. São motivos de suspensão imediata, pelo MS, dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os municípios:

a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde;

- disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados;

c) indicação de suspensão por Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional do SNA, respeitado o prazo de defesa do município envolvido.

III.2.2 Da desabilitação dos estados e suspensão do repasse financeiro

62. Os estados que não cumprirem as responsabilidades definidas para a forma de gestão à qual encontrarem-se habilitados estarão passíveis de desabilitação pela CIT.

62.1. São motivos de suspensão imediata pelo MS dos repasses financeiros a serem transferidos, mensalmente, fundo a fundo, para os estados:

a) não pagamento aos prestadores de serviços sob sua gestão, públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o cumprimento pelo Ministério da Saúde das seguintes condições:

- crédito na conta bancária do Fundo Estadual/Municipal de Saúde, pelo Fundo

livro12VANESSA.indd 281 2/21/aaaa 10:24:33

Nacional de Saúde;

- disponibilização dos arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS pelo DATASUS.

b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacionais do SNA, homologada pela CIT, apontando irregularidades graves.

c) não alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, estabelecidos como obrigatórios pelo MS.

d) não firmar o Pacto de Atenção Básica.

CAPÍTULO IV - DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

63. Os requisitos e os instrumentos de comprovação referentes ao processo de habilitação para os municípios habilitados em GPSM conforme a NOB SUS 01/96, pleiteantes a GPSM desta NOAS estão definidos no Anexo II da Instrução Normativa 01/02.

64. Os instrumentos de comprovação, fluxos e prazos para operacionalização dos processos de habilitação e desabilitação de municípios e estados estão definidos na IN 01/02.

65. Os municípios que se considerarem em condições de pleitear habilitação em GPSM em estados que não tiverem concluído seus respectivos PDR, PDI e PPI deverão apresentar requerimento a CIB estadual para que essa Comissão oficialize o cronograma para conclusão desses processos.

65.1. Caso a respectiva CIB não se pronuncie em prazo de 30 (trinta) dias ou apresente encaminhamento considerado inadequado pelo município, este poderá apresentar recurso a CIT, que tomará as medidas pertinentes.

66. Os municípios atualmente habilitados em gestão plena do sistema municipal, localizados em estados em que a gestão encontra-se compartilhada entre o gestor estadual e o municipal, deverão se adequar ao comando único, com a transferência da gestão para a esfera municipal ou estadual, se for o caso, de acordo com cronograma previamente estabelecido na CIB estadual.

67. Os impasses com relação ao ajuste do comando único não solucionados na CIB estadual deverão ser encaminhados ao CES; persistindo o impasse, o problema deverá ser encaminhado a CIT, que definirá uma comissão para encaminhar sua resolução.

livro12VANESSA.indd 282 2/21/aaaa 10:24:33

68. Os estados atualmente habilitados nas condições de gestão plena do sistema estadual deverão adequar-se aos requisitos desta Norma até o dia 29/03/2002, em conformidade com o que se encontra disposto na Portaria GM/MS 129, de 18 de janeiro de 2002.

69. As instâncias de recurso para questões relativas à implementação desta Norma são consecutivamente a CIB estadual, o CES, a CIT e, em última instância, o CNS.

70. No que concerne à regulamentação da assistência à saúde, o disposto nesta NOAS-SUS atualiza as definições constantes da Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

ANEXO I

RESPONSABILIDADES E AÇÕES ESTRATÉGICAS MÍNIMAS DE ATENÇÃO BÁSICA

I) Controle da tuberculose

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Busca ativa de casos	Identificação de Sintomáticos Respiratórios (SR)
Diagnóstico clínico de casos	Exame clínico de SR e comunicantes
Acesso a exames para diagnóstico e controle: laboratorial e radiológico	Realização ou referência para Baciloscopia Realização ou referência para exame radiológico em SR c/ baciloscopias negativas (BK -)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento dos casos BK+ (supervisionado) e BK - (auto-administrado)	Tratamento supervisionado dos casos BK+ Tratamento auto-administrado dos casos BK – Fornecimento de medicamentos Atendimentos às intercorrências Busca de faltosos

livro12VANESSA.indd 283 2/21/aaaa 10:24:33

Medidas preventivas	Vacinação com BCG Pesquisa de Comunicantes Quimioprofilaxia Ações educativas

II) Eliminação da Hanseníase

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Busca ativa de casos	Identificação de Sintomáticos Dermatológicos entre usuários
Diagnóstico clínico de casos	Exame de Sintomáticos Dermatológicos e comunicantes de casos Classificação clínica dos casos (multibacilares e paucibacilares)
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Tratamento Supervisionado dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Avaliação dermato-neurológica Fornecimento de medicamentos Curativos Atendimento de intercorrências
Controle das incapacidades físicas	Avaliação e classificação das incapacidades físicas Aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades Atividades educativas
Medidas preventivas	Pesquisa de comunicantes Divulgação de sinais e sintomas da hanseníase Prevenção de incapacidades físicas Atividades educativas

livro12VANESSA.indd 284 2/21/aaaa 10:24:33

III) Controle da Hipertensão

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Diagnóstico de casos	Diagnóstico clínico
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise dos sistemas de informação
Busca ativa de casos	Medição de P. A. de usuários Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Fornecimento de medicamentos Acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência para exames laboratoriais complementares Realização de ECG Realização ou referência para RX de tórax
1° Atendimento de urgência	1° Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações Acompanhamento domiciliar Fornecimento de medicamentos
Medidas preventivas	Ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações

IV) Controle da Diabetes Melittus

RESPONSABILIDADES	**ATIVIDADES**
Diagnóstico de casos	Investigação em usuários com fatores de risco
Cadastramento dos portadores	Alimentação e análise de sistemas de informação
Busca ativa de casos	Visita domiciliar
Tratamento dos casos	Acompanhamento ambulatorial e domiciliar Educação terapêutica em Diabetes Fornecimento de medicamentos Curativos
Monitorização dos níveis de glicose do paciente	Realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde

livro12VANESSA.indd 285 2/21/aaaa 10:24:33

Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações Realização de ECG
1º Atendimento de urgência	1º Atendimento às complicações agudas e outras intercorrências Acompanhamento domiciliar
Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade	Agendamento do atendimento
Medidas preventivas e de promoção da saúde	Ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária) Ações educativas para prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo; controle da PA e das dislipidemias) Ações educativas para auto-aplicação de insulina

V) Ações de Saúde Bucal

Responsabilidades	Atividades
PREVENÇÃO dos problemas odontológicos, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes	Procedimentos individuais preventivos Procedimentos Coletivos: - Levantamento epidemiológico - Escovação supervisionada e evidenciação de placa - Bochechos com flúor - Educação em Saúde Bucal
Cadastramento de usuários	Alimentação e análise de sistemas de informação
TRATAMENTO dos problemas odontológicos, priritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes	Consulta e outros procedimentos individuais curativos
Atendimento a urgências odontológicas	Consulta não agendada

livro12VANESSA.indd 286 2/21/aaaa 10:24:34

VI) Ações de Saúde da Criança

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Vigilância Nutricional	Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Promoção do aleitamento materno Realização ou referência para exames laboratoriais Combate às carências nutricionais Implantação e alimentação regular do SISVAN
Imunização	Realização do Esquema Vacinal Básico de rotina Busca de faltosos Realização de Campanhas e intensificações Alimentação e acompanhamento dos sistemas de informação
Assistência às doenças prevalentes na infância	Assistência às IRA em menores de 5 anos Assistência às doenças diarréicas em crianças menores de 5 anos Assistência a outras doenças prevalentes Atividades Educativas de promoção da saúde e prevenção das doenças Garantia de acesso a referência hospitalar e ambulatorial especializada, quando necessário (programada e negociada, com mecanismos de regulação) Realização ou referência para exames laboratoriais

livro12VANESSA.indd 287 2/21/aaaa 10:24:34

VII) Ações de Saúde da Mulher

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
Pré-natal	Diagnóstico de gravidez Cadastramento de gestantes no 1º trimestre Classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta Suplementação alimentar para gestantes com baixo peso Acompanhamento de Pré-natal de Baixo Risco Vacinação antitetânica Avaliação do puerpério Realização ou referência para exames laboratoriais de rotina Alimentação e análise de sistemas de informação Atividades educativas para promoção da saúde
Prevenção de câncer de colo de útero	Rastreamento de câncer de colo de útero – Coleta de material para exames de citopatologia Realização ou referência para exame citopatológico Alimentação dos sistemas de informação
Planejamento Familiar	Consulta médica e de enfermagem Fornecimento de medicamentos e de métodos anticoncepcionais Realização ou referência para exames laboratoriais.

ANEXO 2

ELENCO DE PROCEDIMENTOS A SEREM ACRESCENTADOS AOS DA RELAÇÃO ATUAL DE ATENÇÃO BÁSICA

SEQ.	NOME DO PROCEDIMENTO	CÓDIGO SIA/SUS
	Grupo 02 – Ações Médicas Básicas	
	ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO - (ATÉ 8 HORAS)	02.011.04-2

livro12VANESSA.indd 288 2/21/aaaa 10:24:34

	Grupo 04 - Ações Executadas para Outros Profissionais de Nível Superior	
	ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM ATENÇÃO BÁSICA POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	04.012.04-6
	Grupo 07 – Proced. Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
131	ATEND. ESPECÍFICO P/ ALTA DO PACIENTE EM TRAT. AUTO ADMINISTRADO	07.011.05-9
132	ATEND. ESPECÍFICO PARA ALTA DO PACIENTE EM TRAT. SUPERVISIONADO	07.011.06-7
136	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS – GLICEMIA CAPILAR	07.031.03-3
137	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS – GLICOSÚRIA	07.031.04-1
138	TESTE ESPECÍFICO PARA D. MELLITUS – CETONÚRIA	07.031.05-0
139	COLETA DE MATERIAL PARA EXAME CITOPATOLÓGICO	07.051.01-8
	Grupo 08 – Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	
	DEBRIDAMENTO E CURATIVO ESCARA OU ULCERAÇÃO	08.011.07-9
	SUTURA DE FERIDA DE CAVIDADE BUCAL E FACE	08.011.31-1
141	EXERESE DE CALO	08.011.34-6
142	CURATIVO COM DEBRIDAMENTO EM PÉ DIABÉTICO	08.012.02-4
	REDUÇÃO MANUAL DE PROCIDÊNCIA DE RETO	08.021.11-2
	REMOÇÃO MANUAL DE FECALOMA	08.021.12-0
149	PRIMEIRO ATENDIMENTO A PACIENTE COM PEQUENA QUEIMADURA	08.151.01-6
	Grupo 10 – Ações Especializadas em Odontologia	
	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE DUAS OU MAIS FACES	10.011.01-3
	RESTAURAÇÃO COM IONÔMERO DE VIDRO DE UMA FACE	10.011.02-1
	NECROPULPECTOMIA EM DENTE DECÍDUO OU PERMANENTE	10.041.01-0
	GLOSSORRAFIA	10.051.15-
	ULECTOMIA	10.051.36-8
	Grupo 11 – Patologia Clínica	
	GRAVIDEZ, TESTE IMUNOLÓGICO (LÁTEX)	11.061.31-6
	Grupo 17– Diagnose	
225	ELETROCARDIOGRAMA	17.031.01-0

Nota: Além dos procedimentos relacionados, o nível ampliado deve compreender posto de coleta laboratorial devidamente equipado, seguindo normas técnicas do Ministério da Saúde.

livro12VANESSA.indd 289 2/21/aaaa 10:24:34

ANEXO 3A

ELENCO MÍNIMO DE PROCEDIMENTOS DA MÉDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL, A SER OFERTADO NOS MUNICÍPIOS-SEDE DE MÓDULOS ASSISTENCIAIS

Seq.	Nome do Procedimento	Código SIA/ SUS
	Grupo 07 – Procedimentos Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
130	ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS	07.011.01-6
134	TERAPIAS EM GRUPO EXECUTADAS POR PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	07.021.05-4
135	TERAPIAS INDIVIDUAIS EXECUTADAS POR PROF. DE NÍVEL SUPERIOR	07.021.06-2
	Grupo 08 – Cirurgias Ambulatoriais Especializadas	
143	ESTIRPAÇÃO LESÃO DE VULVA/PERÍNEO (ELETROCOAGULAÇÃO/ FULGURAÇÃO)	08.031.07-0
144	EXTRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO NA VAGINA	08.031.08-8
145	HIMENOTOMIA	08.031.09-6
146	INCISÃO E DRENAGEM DE GLÂNDULA DE BARTHOLINE OU SKENE	08.031.10-0
147	RESSUTURA DE EPISIORRAFIA PÓS-PARTO	08.031.12-6
	Grupo 09 - Procedimentos Traumato - ortopédicos	
	ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA	09.011.08-0
	Grupo 10 – Ações Especializadas em Odontologia	
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	10.041.02-8
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO UNI-RADICULAR	10.041.03-6
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO UNIRADICULAR	10.041.04-4
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE UNI-RADICULAR	10.041.05-2
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE BI-RADICULAR	10.042.01-6
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE BI-RADICULAR	10.042.02-4
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRI-RADICULAR	10.043.01-2
	TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO RADICULAR	10.043.02-0
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE PERMANENTE TRI-RADICULAR	10.043.03-9
	TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTIRADICULAR	10.044.01-9
	RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE DECÍDUO MULTIRADICULAR	10.044.02-7
	RADIOGRAFIA PERI-APICAL, INTERPROXIMAL (BITE-WING)	10.101.02-0
	Grupo 11 – Patologia Clínica	
160	ÁCIDO ÚRICO (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.03-3
161	BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.08-4
162	COLESTEROL TOTAL (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.12-2
163	CREATININA (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.14-9
	FOSFATASE ALCALINA	11.011.15-7
164	GLICOSE (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.20-3
	POTÁSSIO	11.011.27-0
	SÓDIO	11.011.33-5
165	TRANSAMINASE OXALACÉTICA - TGO (ASPARTATO AMINO TRANSFERASE)	11.011.36-0
166	TRANSAMINASE PIRÚVICA – TGP (ALAMINA AMINO TRANSFERASE)	11.011.37-8
167	URÉIA (DOSAGEM SANGÜÍNEA)	11.011.38-6
	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE – GAMA GT	11.012.17-0
	TRIGLICERÍDEOS	11.012.24-2
168	COLESTEROL (LDL)	11.013.09-5
169	COLESTEROL (HDL)	11.013.10-9

livro12VANESSA.indd 290 2/21/aaaa 10:24:34

170	COLESTEROL (VLDL)	11.013.11-7
	CURVA GLICÊMICA - 2 DOSAGENS – ORAL	11.015.04-7
	CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA 5 DOSAGENS – ORAL	11.015.05-5
171	PESQUISA DE LARVAS (MÉTODO DE BAERMANN OU RUGAI)	11.031.06-9
172	PESQUISA DE OXIURUS COM COLETA POR SWAB ANAL	11.031.09-3

173	PESQUISA DE PROTOZOÁRIOS PELO MÉTODO DA HEMATOXILINA FÉRRICA	11.031.10-7
174	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	11.031.11-5
175	PARASITOLÓGICO DE FEZES (MÉTODOS DE CONCENTRAÇÃO)	11.032.07-3
176	PARASITOLÓGICO DE FEZES – COLETA MÚLTIPLA COM LÍQUIDO CONSERVANTE	11.032.08-1
	FATOR Rh (INCLUI DU FRACO)	11.041.01
	GRUPO ABO – DETERMINAÇÃO	11.041.03
	FRAÇÃO DO HEMOGRAMA – PLAQUETAS – CONTAGEM	11.041.13-7
	PROVA DO LAÇO	11.041.15
	RETRAÇÃO DO COÁGULO	11.041.18
	TEMPO DE COAGULAÇÃO (CELITE)	11.041.20
	TEMPO DE COAGULAÇÃO (LEE WHITE)	11.041.21
	TEMPO DE SANGRAMENTO (DUKE)	11.041.26
177	TESTE DE FALCIZAÇÃO	11.041.29-3
178	TRIPANOSSOMA – PESQUISA	11.041.32-3
179	VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	11.041.33-1
180	HEMATÓCRITO	11.041.34-0
	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	11.041.36
	ERITROGRAMA (ERITRÓCITOS, HEMOGLOBINA, HEMATÓCRITO)	11.042.04
181	TIPAGEM SANGÜÍNEA – GRUPO ABO FATOR RH (INCLUI DU FRACO)	11.042.06-0
	LEUCOGRAMA	11.042.08
	TEMPO DE SANGRAMENTO DE IVY	11.042.10
182	HEMOGRAMA COMPLETO	11.043.20-2
	COAGULOGRAMA (T. Sangue, T. Coagulação, P. Laço, Ret.do Coag. e Cont. Plaquetas)	11.044.02
	FATOR REUMATÓIDE, TESTE DO LATEX	11.061.27-8
183	PROTEÍNA C REATIVA (PESQUISA)	11.061.51-0
	TOXOPLASMOSE, HÁ	11.061.56
	TREPONEMA PALLIDUM, REAÇÃO DE HEMAGLUTINAÇÃO	11.061.58-8
184	VDRL (INCLUSIVE QUANTITATIVO)	11.061.59-6
	CITOMEGALOVIRUS, EIE	11.062.24-0
	RUBÉOLA, ANTICORPOS IGG	11.062.40-1
	RUBÉOLA, HÁ	11.062.41
185	PESQUISA SOROLÓGICA PARA ANTI HBS (ELISA)	11.063.07-6
186	PESQUISA SOROLÓGICA PARA ANTI HCV (ELISA)	11.063.08-4
	TOXOPLASMOSE, IFI-IGG	11.063.36
	TOXOPLASMOSE, IFI (IGM)	11.063.37
187	ANTICORPOS ANTI HIV1 + HIV2 (ELISA)	11.064.01-3
188	BACILOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE)	11.111.02-0
189	BACILOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (CONTROLE DO TRATAMENTO)	11.111.03-8
190	BACILOSCOPIA DIRETA PARA PESQUISA DE BAAR (DIGNÓSTICO DA HANSENÍASE)	11.111.05-4
	BACTERIOSCOPIA (POR LÂMINA)	11.111.06-2
	EXAME A FRESCO	11.111.08
194	SECREÇÃO VAGINAL (BACTERIOSCOPIA)	11.111.15-1
195	SECREÇÃO VAGINAL (EXAME A FRESCO)	11.111.16-0

livro12VANESSA.indd 291 2/21/aaaa 10:24:35

196	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIAS	11.112.01-8
198	CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS	11.112.05-0
199	STREPTOCOCUS BETA – HEMOLÍTICO DO GRUPO A (PESQUISA)	11.112.17-4
200	ANTIBIOGRAMA	11.112.19-0
202	ELEMENTOS ANORMAIS E SEDIMENTO DA URINA	11.142.14-6
203	FUNGOS (EXAME DIRETO)	11.161.01-9
205	MONÍLIA (EXAME DIRETO)	11.161.05-1
	Grupo 13 – Radiodiagnóstico	
	CRÂNIO: PA+LATERAL	13.011.02-2
	SEIOS DA FACE: F.N. + M.N. + LATERAL	13.011.06-5
	ADENÓIDES: LATERAL	13.012.01-0
	COLUNA CERVICAL: AP+LATERAL+T.O OU FLEXÃO	13.021.01-0
	COLUNA DORSAL: AP+LATERAL	13.021.02-8
	COLUNA LOMBO-SACRA	13.022.04-0
209	BRAÇO (RX SIMPLES)	13.031.04-0
210	ANTEBRAÇO (RX SIMPLES)	13.032.01-1
211	COTOVELO (RX SIMPLES)	13.032.02-0
212	MÃO: DUAS INCIDÊNCIAS (RX SIMPLES)	13.032.03-8
213	PUNHO: AP + LATERAL + OBLÍQUOS	13.032.05-4
214	COXA (RX SIMPLES)	13.041.04-5
215	PERNA (RX SIMPLES)	13.041.06-1
216	ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA (RX SIMPLES)	13.042.01-7
217	CALCÁNEO (RX SIMPLES)	13.042.02-5
218	JOELHO (RX SIMPLES)	13.042.03-3
219	PÉ OU PODODÁCTILOS (RX SIMPLES)	13.042.06-8
220	TÓRAX (PA)	13.051.03-2
221	TÓRAX (PA E PERFIL)	13.052.03-9
222	ABDOMEN SIMPLES (AP)	13.081.01-2
	Grupo 14 – Exames Ultra-sonográficos	
223	ECOGRAFIA GINECOLÓGICA	14.011.01-8
224	ECOGRAFIA OBSTÉTRICA	14.012.01-4
	Grupo 18 – Fisioterapia (por sessão)	
226	ATENDIMENTO A ALTERAÇÕES MOTORAS (FISIOTERAPIA POR SESSÃO)	18.011.01-2
227	ALTERAÇÕES SENSITIVAS (FISIOTERAPIA POR SESSÃO)	18.011.02-0
	REEDUCAÇÃO VENTILATÓRIA EM DOENÇAS PULMONARES	18.031.02-1

ANEXO 3B

SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR OBRIGATORIAMENTE DISPONÍVEIS EM MUNICÍPIOS - SEDE DE MÓDULOS ASSISTENCIAIS

livro12VANESSA.indd 292 2/21/aaaa 10:24:35

Os municípios-sede de módulos assistenciais deverão dispor de leitos hospitalares, no mínimo, para o atendimento básico em:

- Clínica médica;
- Clínica pediátrica;
- Obstetrícia (parto normal).

ANEXO 4

TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO

(Minuta)

Termo de Compromisso que entre si celebram a Secretaria Estadual de Saúde de XXX e a Secretaria Municipal da Saúde de YYY, visando a garantia de acesso da população referenciada por outros municípios aos serviços de saúde localizados no Município YYY.

O Governo do Estado de XXX, por intermédio da sua Secretaria Estadual de Saúde, com sede nesta cidade, na Rua (Av.)....., inscrita no CNPJ sob n.o.....,neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.o....., expedida pelo....., e inscrito no CPF/MF sob o n.o....., doravante denominada apenas SES-XX, e o Governo Municipal de YYY, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.o (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.o....., expedida pelo....., e inscrito no CPF/MF sob o n.o....., doravante denominada apenas SMS-YYY, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis n.o 8.080/90 e n.o 8.142/90, a Norma Operacional Básica n.o 01/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, que se regerá pelas normas gerais da Lei n.o 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que coube, bem como pelas portarias..... [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas e condições :

livro12VANESSA.indd 293 2/21/aaaa 10:24:35

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso tem por finalidade e objetivo o estabelecimento de compromissos de atendimento pela SMS YYY, habilitada à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal às referências intermunicipais ambulatoriais, hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico, definidas na Programação Pactuada Integrada (PPI), visando a garantia de atenção às necessidades de saúde dos cidadãos, independente de seu município de residência, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde de universalidade do acesso e integridade da atenção.

§ 1º A PPI compreenderá a explicitação dos fluxos de referência acordados entre gestores municipais; os relatórios consolidados das ações e serviços de referência a serem prestados pelo município YYY; o montante de recursos financeiros correspondentes a essas referências; o limite financeiro do município (discriminando os recursos da população própria e os relativos às referências intermunicipais); os mecanismos de operacionalização e/ou acompanhamento dos acordos e os critérios de revisão dos compromissos estabelecidos.

§ 2º O objeto previsto no presente Termo decorrerá de um processo prévio de realização da PPI coordenada pelo gestor estadual e aprovada pela CIB-XX, em que a SMS-YY se compromete a atender, em serviços disponíveis em seu território, à população residente nos municípios listados, conforme relatório específico da PPI, que faz parte integrante deste termo.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO

O presente termo de compromisso deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas pactuadas e a legislação pertinente, respondendo cada uma pelas conseqüências de sua inexecução total ou parcial.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

I - São compromissos da SES-XX

a) Apoiar a SMS a implementar estratégias e instrumentos que facilitem o acesso da população referenciada aos serviços localizados no município YY.

b) Revisar e realizar ajustes na programação físico-financeira das referências, de forma a assegurar o acesso da população a todos os níveis de atenção, de acordo com a periodicidade e critérios estabelecidos na Cláusula Sexta.

livro12VANESSA.indd 294 2/21/aaaa 10:24:35

c) Acompanhar as referências intermunicipais, inclusive por meio de auditoria do sistema municipal.

d) Nos casos de constatação de existência de barreiras de acesso ou tratamento discriminatório aos residentes em outros municípios, suprimir a parcela do limite financeiro do município YYY relativa às referências intermunicipais, conforme a Cláusula Sétima.

e) Comunicar ao MS o valor do limite financeiro da assistência do município YYY, explicitando o montante relativo à população própria e à população referenciada - conforme definido na PPI - bem como quaisquer alterações, seja na parcela da população própria, quanto na parcela de referência decorrente de revisões, ajustes ou sanções previstos neste Termo.

II - São compromissos da SMS-YY

a) Disponibilizar os serviços constantes, em relatório específico da PPI, à população referenciada por outros municípios, sem discriminação de acesso e de qualidade do atendimento prestado (escolha do prestador, forma de pagamento ou valores diferenciados de acordo com a procedência, etc.).

b) Organizar no município o acesso dos usuários às ações e serviços de referência.

c) Prever nos contratos dos prestadores e na programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde situados em seu território, a realização dos atendimentos à população de outros municípios.

d) Exercer as ações de controle e avaliação, de auditoria e outras relacionadas à garantia de qualidade dos serviços ofertados em seu território.

e) Alimentar regularmente o SIA/SUS e o SIH/SUS, bem como organizar internamente as informações relativas aos atendimentos prestados à população residente em outros municípios, de forma a facilitar as revisões dos acordos de referências intermunicipais, previstas na Cláusula Sexta.

f) Encaminhar trimestralmente à SES relatório contendo informações mensais sobre os atendimento prestado às referências intermunicipais, discriminando natureza e quantidade de procedimentos, origem do paciente, valores pagos, e outras questões que forem estabelecidas neste termo.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

A vigência do presente Termo de Compromisso terá início na data de sua assinatura, com duração de 12 (doze) meses, em coerência com a revisão periódica da PPI, podendo ser prorrogado, mediante termo aditivo, por período igual, até o limite de 48

livro12VANESSA.indd 295 2/21/aaaa 10:24:35

(quarenta e oito) meses, em conformidade com a Lei n.o 8.666/93 e suas alterações, caso haja anuência das partes.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

A SES se compromete a utilizar os recursos financeiros federais oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da disponibilidade do seu Limite Financeiro da Assistência, para o desenvolvimento deste termo e informará ao Ministério da Saúde (MS), o montante mensal a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de YYY, conforme explicitado na PPI, podendo operacionalizar as revisões estabelecidas na Cláusula Sexta.

CLÁUSULA SEXTA - DO ACOMPANHAMENTO E DAS REVISÕES

I. A SES deverá sistematizar as informações sobre os fluxos intermunicipais de referências, coordenar a revisão periódica da PPI [estabelecer periodicidade], monitorar o cumprimento do presente Termo, realizar ajustes pontuais e prestar contas através de informes mensais a CIB acerca do seu andamento, tendo por base os relatórios referidos na Cláusula Terceira, alínea 'f'.

II. A SES deverá alterar a parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais alocadas até então no município YYY em decorrência das seguintes situações:

a) Em período não superior a 12 (doze) meses (especificar periodicidade), em função da revisão global da PPI, conduzida pela SES e aprovada pela CIB, que considere mudanças na capacidade instalada, no fluxo de pacientes entre municípios, prioridades assistenciais, constatação de desequilíbrio entre os valores correspondentes às referências e na efetiva prestação de serviços e disponibilidade financeira.

b) Trimestralmente, em decorrência do acompanhamento da execução do Termo e do fluxo de atendimento das referências, de forma a promover os ajustes necessários, a serem informados à CIB em sua reunião subseqüente.

c) Pontualmente, se um município passar a ofertar em seu território para a sua própria população um serviço anteriormente referenciado para o município YYY.

§ 1º O município deverá solicitar formalmente a SES, através de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município YYY para o seu próprio município, justificando a alteração.

livro12VANESSA.indd 296 2/21/aaaa 10:24:36

§ 2° A SES poderá, constatada a pertinência do cadastramento e a programação para o novo serviço, realocar os recursos do município YYY para que a população do município solicitante em questão passe a ser atendida em seu município de residência.

§ 3° O município YYY deverá ser comunicado acerca da mudança pela SES com 60 dias de antecedência, através de ofício e envio de versão modificada da PPI.

§ 4° Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES a CIB, na sua reunião subseqüente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

d) Pontualmente, se um município considerar oportuno redirecionar referências de sua população do município YYY para outro município que disponha do serviço necessário.

§ 1° O município deverá solicitar formalmente à SES, através de ofício a transferência dos recursos correspondentes ao atendimento de sua população do município YYY para o outro município-pólo, justificando a alteração.

§ 2° A SES, constatada a pertinência da solicitação, a disponibilidade para ofertar os serviços solicitados e a anuência do gestor do novo município de referência, realocar para este último os recursos correspondentes anteriormente alocados no município YYY.

§ 3° O município YYY deverá ser comunicado acerca da mudança com 60 (sessenta) dias de antecedência, através de ofício e envio de versão modificada da PPI.

§ 4° Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subseqüente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

e) Pontualmente, em caso de problemas no atendimento pelo município de referência à população procedente de outros municípios ou de não-cumprimento dos compromissos estabelecidos no presente Termo detectados pela SES-XX, SMS-YYY ou por outras SMS envolvidas.

§ 1º O problema deverá ser comunicado à SES, para que esta adote medidas de apuração do caso e de negociações entre as partes envolvidas, tais como: contato direto entre a SES e a SMS-YYY; convocação pela SES de reunião entre os gestores

livro12VANESSA.indd 297 2/21/aaaa 10:24:36

municipais implicados ou de reunião de fórum regional pré-existente, se for o caso (CIB regional, grupo regional de PPI, etc.) [especificar a instância em cada Termo], realização de auditorias de sistema etc.

§ 2º A SES deverá conduzir os encaminhamentos e correções na programação das referências, caso necessário.

§ 3° Nas situações em que o encaminhamento da SES implique alterações neste Termo, o município YYY deverá ser comunicado imediatamente através de ofício e envio de versão modificada da PPI.

§ 4° Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subseqüente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

III. As alterações efetuadas na parcela do limite financeiro correspondente às referências intermunicipais deverão ser comunicadas ao MS para as providências de publicação e mudança no montante transferido ao FMS-YYY.

IV. A CIB é a instância de recurso caso alguma das partes se sinta prejudicada pelas alterações abordadas no inciso II deste Termo.

V. Em casos extremos de descumprimento deste Termo, poderão ser aplicadas as sanções previstas no item VI desta Cláusula Sexta.

VI. Caso a SMS-YYY não cumpra com os compromissos assumidos neste Termo ou restrinja o acesso ou ainda discrimine o atendimento à população referenciada, poderá a SES:

a) suprimir a parcela do limite financeiro do município YYY relativa às referências intermunicipais e comunicar ao MS para as providências relativas à transferência de recursos; e

b) encaminhar à CIB processo de desabilitação do município da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

CLÁUSULA SÉTIMA - DOS MECANISMOS DE GARANTIA DE ACESSO

Cada partícipe se responsabilizará pela garantia de acesso, de acordo com os mecanismos abaixo:

I. a SES apoiará a SMS-YY na implantação de mecanismos de organização dos fluxos de referência intermunicipais e garantia de acesso da população aos serviços em todos os níveis de atenção, assim como orientará as demais SMS na organização e avaliação dos encaminhamentos de pacientes.

livro12VANESSA.indd 298 2/21/aaaa 10:24:36

II. a SMS implantará mecanismos de organização dos fluxos de referência e garantia de acesso da população residente em outros municípios aos serviços localizados em seu território, conforme definido na PPI;

III. a SES acompanhará o atendimento intermunicipal de referência e realizará ajustes periódicos ou sempre que necessário, conforme especificado na Cláusula Sexta, de forma a garantir o volume de recursos adequado para o atendimento da população em todos os níveis de atenção, independente de seu município de residência, dentro dos limites financeiros estabelecidos na PPI;

IV. a SMS-YYY não poderá negar atendimento a pessoas residentes em outros municípios em casos de urgência e emergência, sendo que, no caso da demanda por serviços extrapolar a programação das referências, caberá à SMS-YYY registrar os atendimentos prestados e informar à SES, para que se acordem os ajustes necessários na programação físico-financeira, conforme previsto na Cláusula Sexta.

CLÁUSULA OITAVA - DA PUBLICAÇÃO

A SES-XX providenciará a publicação do extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei n.o 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

CLÁUSULA NONA - DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, a partir do 6° (sexto) mês de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS

Os casos omissos ou excepcionais não previstos neste Termo serão consultados aos partícipes por escrito e resolvidos conforme disposto na legislação aplicável, em especial a Lei n.o 8.666/93 e suas alterações.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de....., Estado de....., para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

livro12VANESSA.indd 299 2/21/aaaa 10:24:36

E, por estar, assim justo e pactuado, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Localidade..... Data,

Secretário Estadual de Saúde de XX	Secretário Municipal de Saúde de XX

Testemunhas (demais SMS implicados)

CIC

ANEXO 5

TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS

(Minuta)

Termo de Compromisso (ou Termo de Cooperação) que entre si celebram o Município de..... através da Secretaria Municipal da Saúde do Município de ..... e o Estado de ..... através da Secretaria Estadual de Saúde de ..... visando a formalização de contratações de serviços de saúde ofertados.

O município de....., através de sua Secretaria Municipal da Saúde do Município de....., inscrita no CNPJ sob o n.o....., situada na rua (Av.)..... neste ato representado pelo Secretário Municipal da Saúde, Dr....., brasileiro,.....(profissão), portador da carteira de identidade n.o....., expedida pela....., e inscrito no CPF/MF sob n.o.....doravante denominado simplesmente SMS e o estado....., através de sua Secretaria Estadual de Saúde de....., neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, Dr....., brasileiro,..... (profis-

livro12VANESSA.indd 300 2/21/aaaa 10:24:36

são) portador da carteira de identidade n.o n.o....., expedida pela..... e inscrito no CPF/MF sob n.o....., doravante denominado simplesmente SES, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196 e seguintes, as Leis n.o 8.080/90 e n.o 8.142/90, e a Norma Operacional Básica n.o 01/96 do Sistema Único de Saúde (SUS), resolvem de comum acordo celebrar o presente Termo de Compromisso entre Entes Públicos, que se regerá pelas normas gerais da Lei n.o 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que coube, bem como pelas portarias..... [novas portarias de regulamentação] e as demais legislações aplicáveis à espécie, mediante as seguintes cláusulas e condições :

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo tem por objeto formalizar a contratação dos serviços de saúde ofertados e respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares estaduais, sob a gerência do estado, localizadas no município de....., definindo o papel do hospital no sistema municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos, em função das necessidades de saúde da população, determinando as metas físicas a serem cumpridas; o volume de prestação de serviços; o grau de envolvimento do hospital na rede estadual de referência; a humanização do atendimento; a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população e outros fatores que tornem o hospital um efetivo instrumento na garantia de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º A formalização da contratação se dará através da fixação de metas físicas mensais dos serviços ofertados, conforme a Cláusula Segunda e a forma de pagamento será a constante da Cláusula Quinta, ambas deste Termo.

§ 2º São partes integrantes deste Termo de Compromisso os anexos: Anexo I contendo a relação dos hospitais e o Anexo II com o Plano Operativo Anual de cada hospital relacionado no Anexo I.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DO PLANO OPERATIVO ANUAL

Fica devidamente acordada a execução do Plano Operativo Anual de cada hospital constante do Anexo II do presente Termo, contemplando o papel de cada unidade hospitalar no planejamento municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência dos municípios a serem atendidos e o perfil dos serviços a serem oferecidos, previa-

livro12VANESSA.indd 301 2/21/aaaa 10:24:36

mente definidos no Plano de Regionalização e na Programação Pactuada Integrada do estado.....

§ 1º O Plano Operativo Anual conterá as metas físicas anuídas e assumidas pela SES relativas ao período de 12 (doze) meses, a partir da data de assinatura do presente contrato, sendo essas anualmente revistas e incorporadas ao presente Termo de Compromisso, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ 2º As metas físicas acordadas e conseqüentemente o valor global mensal poderão sofrer variações no decorrer do período, observando-se o limite mensal de 10 % (a maior ou a menor), verificados o fluxo da clientela e as características da assistência, tornando-se necessário que a SMS e a SES promovam as alterações respectivas, de acordo com a Cláusula Sétima deste Termo.

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS COMPROMISSOS DAS PARTES

I - DA SMS - A Secretaria Municipal de Saúde se compromete a:

a) autorizar o repasse mensal, do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Estadual de Saúde, retirado do limite financeiro da assistência do Município, dos recursos de que trata a Cláusula Quinta;

b) exercer o controle e avaliação dos serviços prestados, autorizando os procedimentos a serem realizados no hospital;

c) monitorar os hospitais constantes do Anexo I na execução do Plano Operativo Anual;

d) analisar, com vistas à aprovação, os Relatórios Mensais e Anuais emitidos pela SES, comparando as metas com os resultados alcançados e com os recursos financeiros repassados;

e) encaminhar os atendimentos hospitalares, exceto de urgência e emergência, incluindo as cirurgias eletivas, através da Central de Regulação, onde houver.

II - DA SES - A Secretaria Estadual de Saúde se compromete a:

a) apresentar à SMS o Relatório Mensal até o 5° (quinto) dia útil do mês subseqüente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados;

b) apresentar à SMS o Relatório Anual até 20° (vigésimo) dia útil do mês subseqüente ao término do período de 12 (doze) meses, incluindo informações relativas à execução deste Termo de Compromisso com a apropriação por unidade hospitalar;

livro12VANESSA.indd 302 2/21/aaaa 10:24:36

c) apresentar as informações previstas no Plano Operativo Anual referente aos hospitais constantes do anexo I;

d) alimentar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em substituição ou complementar a estes, ou que seja acordado entre o Ministério da Saúde e a SES;

e) disponibilizar todos os serviços dos hospitais constantes no Anexo I na Central de Regulação, quando houver;

f) cumprir, através dos hospitais constantes no Anexo I, o Plano Operativo Anual, conforme estabelecido no Anexo II do presente Termo;

g) disponibilizar recursos de consultoria especializada, para programas de desenvolvimento organizacional dos hospitais, dentro de suas disponibilidades;

h) garantir o atendimento dos serviços de urgência e emergência, independente do limite fixado pela SMS constante do Plano Operativo Anual.

III DA SMS E SES - A Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde se comprometem conjuntamente a:

a) elaborar o Plano Operativo Anual de acordo com a Programação Pactuada Integrada Municipal e Regional;

b) promover as alterações necessárias no Plano Operativo Anual, sempre que a variação das metas físicas e conseqüentemente o valor global mensal ultrapassar os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda;

c) informar ao Ministério da Saúde, quando houver alteração dos recursos financeiros de que trata a Cláusula Quinta, através de ofício conjunto, até o dia 10 do mês seguinte à alteração, o volume de recursos mensal a ser retirado do limite financeiro da assistência do Município e repassado ao Fundo Estadual de Saúde.

CLÁUSULA QUARTA - DA VIGÊNCIA

O presente Termo de Compromisso terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por meio de Termo Aditivo, até o limite de 48 (quarenta e oito) meses, mediante acordo entre os partícipes, com aviso prévio de 30 (trinta) dias.

CLÁUSULA QUINTA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

Para a execução do presente Termo de Compromisso (ou de Cooperação), serão destinados recursos financeiros no montante de R$..... por ano, retirados do

livro12VANESSA.indd 303 2/21/aaaa 10:24:36

limite financeiro da assistência do Município/SMS, de forma proporcional ao atendimento da população residente no município e ao atendimento à referência intermunicipal, e repassados ao ESTADO/SES pelo Ministério da Saúde.

§ 1º Os recursos anuais a serem destinados pela SMS para a execução desse Termo serão repassados diretamente pelo Fundo Nacional de Saúde, em duodécimos mensais ao Fundo Estadual de Saúde. Dotação Orçamentária.....

CLÁUSULA SEXTA - DO ACOMPANHAMENTO E DA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

O acompanhamento e avaliação dos resultados do presente Termo serão realizados por uma Comissão de Acompanhamento, a ser composta pela SMS e SES, que designarão, de forma paritária, um ou mais técnicos.

§ 1º Essa Comissão reunir-se-á, no mínimo, trimestralmente, para realizar o acompanhamento dos Planos Operativos Anuais, avaliando a tendência do cumprimento das metas físicas pactuadas, podendo propor, ainda à SMS e à SES modificações nas Cláusulas deste Termo, desde que essas não alterem seu objeto, bem como propor novos indicadores de avaliação no Plano Operativo Anual.

§ 2º A Comissão de Acompanhamento deverá reunir-se sempre que os limites citados no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda forem superados para avaliar a situação e propor as alterações necessárias nesse Termo.

§ 3º A SMS, sem prejuízo das atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Acompanhamento deste Termo, procederá à:

a) análise dos Relatórios Mensais e Anuais enviados pela SES e dos dados disponíveis no SIA e SIH;

b) realização de forma permanente de ações e atividades de acompanhamento, apoio e avaliação do grau de consecução das metas;

c) realização, a qualquer tempo, de auditorias operacionais pelo componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, dentro de suas programações de rotina ou extraordinárias, utilizando metodologia usual ou específica, e por outros componentes.

4º A SMS informará a SES sobre a realização de auditorias nos hospitais constantes no Anexo I.

livro12VANESSA.indd 304 2/21/aaaa 10:24:36

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS ALTERAÇÕES

A SMS e a SES poderão, de comum acordo, alterar o presente Termo e o Plano Operativo Anual, com exceção no tocante ao seu objeto, mediante a celebração de Termo Aditivo.

§ 1º O volume de recursos repassados em cumprimento ao objeto deste presente Termo poderá ser alterado, de comum acordo, nas seguintes hipóteses:

a) variações nas metas físicas e conseqüentemente no valor global mensal superiores aos limites estabelecidos no Parágrafo Segundo da Cláusula Segunda e que impliquem em alterações financeiras;
b) alteração a qualquer tempo das cláusulas desse Termo ou do Plano Operativo Anual, que impliquem novos valores financeiros;
c) revisão anual do Plano Operativo Anual.

§ 2º As partes somente poderão fazer alterações nesse Termo de Compromisso e no Plano Operativo Anual, se decorridos no mínimo 90 (noventa) dias após a publicação do presente instrumento ou de seu respectivo Termo Aditivo.

CLÁUSULA OITAVA - DA INADIMPLÊNCIA

Para eventuais disfunções havidas na execução deste Termo, o valor relativo ao repasse estabelecido na Programação financeira constante na Cláusula Quinta poderá, mediante informação à SES, ser alterado pela SMS, total ou parcialmente, nos seguintes casos:

I. não cumprimento do presente Termo de Compromisso;
II. fornecimento pela SES de informações incompletas, extemporâneas ou inadimplentes nos formatos solicitados pela SMS, obstaculização da avaliação, da supervisão ou das auditorias operacionais realizadas por órgãos de qualquer nível de gestão do SUS e na falta da apresentação dos Relatórios Mensais e Anuais;
III. não alimentação dos sistemas de informação.

CLÁUSULA NONA - DA PUBLICAÇÃO

A SMS e a SES providenciarão a publicação do extrato do presente Termo no Diário Oficial de conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 61 da Lei n.o 8.666/93 e na forma da legislação estadual.

livro12VANESSA.indd 305 2/21/aaaa 10:24:36

CLÁUSULA DÉCIMA - DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser denunciado de pleno direito no caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições aqui estipuladas ou ainda denunciado por qualquer uma das partes, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, a partir do 6° (sexto) mês de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DOS CASOS OMISSOS

No decorrer da vigência desse Termo de Compromisso (ou Cooperação), os casos omissos às controvérsias entre a SMS e a SES relativas à interpretação ou à aplicação deste Termo ou do Plano Operativo Anual, que a Comissão de Acompanhamento não consiga resolver, as partes diligenciarão para solucioná-las, pela negociação.

Parágrafo único. Se a Comissão de Acompanhamento não conseguir resolver as controvérsias, essas serão submetidas à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite do estado de.....

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de....., estado de....., para dirimir eventuais questões oriundas da execução deste Termo, bem como de seus respectivos Termos Aditivos, que vierem a ser celebrados.

E, por estar, assim justo e pactuado, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Localidade, data

Secretário Estadual de Saúde de XX	Secretário Municipal de Saúde de XX

Testemunhas:

CIC

livro12VANESSA.indd 306 2/21/aaaa 10:24:37

ANEXO 6

Requisitos para qualificação das unidades da federação à NOAS e meios de verificação correspondentes

REQUISITOS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO
1 – Quanto ao PDR	
1.1 A descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais com a identificação e definição da inserção e papel dos municípios-sede, municípios-pólo e dos demais municípios abrangidos.	- Apresentação dos mapas, contendo a regionalização proposta com a identificação de todos municípios pertencentes aos módulos assistenciais, seus respectivos municípios-sede, as regiões/microrregiões a que pertencem e os municípios-pólo de referência para média e alta complexidade;
1.2. Abrangência populacional por módulo assistencial e região/microrregião do estado.	- Quadro resumo da população abrangida por espaço territorial.
1.3. Apresentação e proposta de estruturação de redes de referência especializada	- Capítulo do PDR com proposta de estruturação de redes de referência especializadas.
1.4. Cronograma de Implantação do PDR	- Cronograma anexado
2. Quanto a PPI	
2.1. Implantação da Programação Pactuada e Integrada.	- Apresentação dos produtos da Programação Pactuada Integrada, conforme definido em Portaria do MS.
3. Quanto ao PDI	
3.1. Descrição por região/microrregião dos investimentos necessários para conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde.	- Plano Diretor de Investimento – PDI, que deverá conter um quadro contendo levantamento da necessidade de investimentos para garantir a implementação do PDR, no que diz respeito à existência e/ou suficiência tecnológica para oferta de serviços necessários à conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde (módulos assistenciais e regiões/microrregiões).
4 Quanto ao Controle, Regulação e Avaliação	
4.1 Apresentação das necessidades e proposta de fluxo de referência para outros estados.	- Descrição das necessidades e proposta de referência para outros estados.
4.2. Descrição dos mecanismos de regulação para garantia do acesso da população aos serviços de referência intermunicipal, nos módulos sob gestão municipal estadual.	- Descrição dos mecanismos de regulação do acesso aos serviços.
5. Quanto à Adequação do comando único sobre os prestadores	
5.1. Cronograma de ajuste de comando único	- Cronograma anexado.
6. Outros requisitos	

livro12VANESSA.indd 307 2/21/aaaa 10:24:37

6.1. Adesão à implantação do Cartão SUS	- Apresentação do cronograma de implantação do Cartão SUS.
6.2. Aprovação do processo de adequação do estado à NOAS-SUS 01/02 pelas instâncias estaduais (CIB e CES).	- Declaração das instâncias estaduais correspondentes aprovando os instrumentos de adequação requeridos, conforme regulamentado nesta Norma.

ANEXO 7

Requisitos para qualificação de regiões / microrregiões e meios de verificação correspondentes

Requisitos	Meios de Verificação
1. Habilitação do(s) município(s)-sede do(s) módulo(s) assistencial(is) em: Gestão Plena do Sistema Municipal, quando comando único do município, ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, quando comando único do estado, e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.	1. Declaração da CIB.
2. Comprovação pelo(s) município(s)-sede do(s) módulo(s) assistencial(is) da capacidade de ofertar o conjunto dos serviços correspondentes ao primeiro nível de referência intermunicipal com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; e comprovação pelo (s) município (s) -pólo da região/ microrregião da capacidade de ofertar um conjunto de serviços correspondentes a um nível de atenção acima do módulo assistencial, de acordo com a complexidade e critérios complementares definidos por cada estado.	2. Informações do SIA e SIH/SUS; Cadastro dos serviços de saúde; Declaração da CIB atestando a capacidade do município de ofertar os serviços de referência.
3. Termo de Compromisso para garantia de acesso firmado entre o(s) município(s)-sede e o estado, para o atendimento da população dos demais municípios pertencentes ao(s) módulo(s) assistencial(is).	3. Termo de garantia de referência.

livro12VANESSA.indd 308 2/21/aaaa 10:24:37

4. Ajuste do comando único	4. Declaração da CIB atestando o comando único.
5. Apresentação dos mecanismos de regulação da garantia de acesso da população aos serviços de referência intermunicipal	5. Declaração da CIB explicitando os mecanismos que regulamentarão a referência entre municípios.
6. Programação Pactuada e Integrada concluída, com definição dos limites financeiros para todos os municípios do estado, com a separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referida.	6. Apresentação da PPI pelo Gestor estadual com as respectivas declarações da CIB.
7. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Serviços de Saúde existente na região/microrregião concluído.	7. Apresentação do cadastro dos serviços de saúde.

PARTE III

REGULAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Instrução Normativa GM/MS n.o 1, de --------- 2002, publicada no Diário Oficial de ---------- (regulamentação do processo de habilitação).

InstruçãoNormativa/GM/MS/ N.o 1 Em de de 2002.

Regulamenta os conteúdos, os instrumentos e os fluxos do processo de habilitação e de desabilitação de municípios, de estados e do Distrito Federal em conformidade com as novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando que a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02 atualiza a regulamentação da Assistência incorporando os resultados dos avanços obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento do SUS;

Considerando que a NOAS-SUS 01/02 é um instrumento que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios;

livro12VANESSA.indd 309 2/21/aaaa 10:24:37

Considerando que a NOAS-SUS 01/02 dá continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, que foi fortalecido com a Norma Operacional Básica / NOB - SUS 01/96;

Considerando a importância da regionalização como estratégia para a reorganização da assistência à saúde, visando o acesso a todos os níveis de atenção à saúde, com a ampliação da atenção básica e garantia da referência aos demais níveis de atenção; e

Considerando a necessidade de regulamentar a NOAS-SUS 01/02, aprovada pela Portaria GM/MS n.o --------, de ----------de 2002, resolve:

Capítulo I - Da Habilitação

Art.1º Regulamentar a habilitação nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/02, aprovada pela Portaria GM/MS n.o ---------- de 2002, explicitando as responsabilidades, os requisitos e as prerrogativas das gestões municipal e estadual.

Art. 2º O processo de habilitação de estados e de municípios às condições de gestão estabelecidas na NOAS-SUS 01/02 observará o disposto nesta Instrução Normativa.

Parágrafo único. As modalidades de habilitação previstas na NOAS-SUS 01/02 são:

a) Nos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM);
b) Nos estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Art.3º Cabe à Secretaria Estadual de Saúde a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios não habilitados.

I.1 Em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A)

Art. 4º A habilitação dos municípios à condição de GPAB-A dependerá do cumprimento de todos os requisitos e implicará as responsabilidades e prerrogativas descritas no Item 54 do Capítulo III da NOAS-SUS 01/02.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constan-

livro12VANESSA.indd 310 2/21/aaaa 10:24:37

tes no Anexo I, desta Instrução Normativa.

Art.5º Os municípios já habilitados em quaisquer das condições de gestão da NOB SUS 01/96 estarão aptos a receber o Piso de Atenção Básica - PAB Ampliado após habilitação nas condições de gestão definidas na NOAS SUS 01/02.

Parágrafo único. A habilitação em GPAB-A implicará processo de avaliação pela SES, apreciação/aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Art. 6º Os processos de habilitação em GPAB-A compreendem as seguintes etapas e trâmites:

I. preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;

II. aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);

III. encaminhamento do processo à CIB;

IV. encaminhamento à Secretaria Estadual de Saúde - SES para avaliação do cumprimento dos requisitos pertinentes à condição GPAB-A;

V. elaboração pela SES de Relatório sobre as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão, de acordo com Termo de Habilitação 1, desta IN, e os quadros de avaliação da atenção básica, conforme normatização específica da SPS/MS, com encaminhamento de parecer técnico para a CIB, no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo de entrada na SES;

VI. apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;

VII. preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação1, desta Instrução Normativa;

VIII. encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação 1 e dos quadros de avaliação de atenção básica, para apreciação e homologação;

IX. recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação 1 e dos quadros de avaliação da atenção básica para ciência e encaminhamento à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS);

X. avaliação pela SPS/MS do cumprimento dos requisitos pertinentes à condição de GPAB-A, baseada na análise do processo de habilitação e dos sistemas nacionais de informação em saúde, com encaminhamento de parecer técnico para a CIT, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo de entrada na SPS/MS;

livro12VANESSA.indd 311 2/21/aaaa 10:24:37

XI. apreciação e homologação, pela CIT, do Termo de Habilitação 1, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Técnica.

XII. publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações homologadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;

XIII. arquivamento de todo o processo de habilitação na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT.

Parágrafo único. Caso a CIB não aprecie e não se manifeste no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da data de protocolo na CIB, o município poderá encaminhar o processo de habilitação à CIT.

I.2 Em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)

Art. 7º A habilitação à condição de GPSM dependerá do cumprimento dos requisitos e implicará as responsabilidades e a garantia das prerrogativas descritas no Item 55 do Capítulo III da NOAS-SUS 01/02.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constantes do Anexo II ou III, desta Instrução Normativa.

Art. 8º Os municípios habilitados em GPSM pelos critérios da NOB SUS 01/96 deverão se adequar às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, definidas na NOAS-SUS 01/02. As SES deverão proceder a avaliação da adequação destes municípios e submeter relatório conclusivo do processo de avaliação à CIB, para aprovação e subseqüente encaminhamento à CIT, para as providências cabíveis.

Parágrafo Primeiro A comprovação da adequação dos municípios referidos no caput deste artigo, será feita pela SES a partir dos documentos constantes no anexo II desta IN.

Art. 9º A habilitação em GPSM, de acordo com as normas referidas nos Artigos 7º e 8.o, desta Instrução Normativa, demanda o cumprimento dos requisitos exigidos para a condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e implica a habilitação cumulativa nas duas condições de gestão.

Art. 10 A habilitação de municípios à condição de GPSM compreende as seguintes etapas e trâmites:

I. preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor municipal;

livro12VANESSA.indd 312 2/21/aaaa 10:24:37

II. aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);
III. encaminhamento do processo a CIB;
IV. elaboração pela SES de Relatório Técnico que ateste, a partir de visita e de outros mecanismos de avaliação complementares definidos pela CIB, as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão, e subseqüente encaminhamento a CIB;
V. apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;
VI. preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação 2 ou 3, desta Instrução Normativa;
VII. encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do respectivo Termo de Habilitação 2 ou 3 ;
VIII. recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação 2 ou 3, para ciência e encaminhamento à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS);
IX. avaliação, pela SAS/MS e SPS/MS, do cumprimento dos requisitos pertinentes à condição de GPSM, baseada na análise do Termo de Habilitação 2 ou 3 com encaminhamento de parecer técnico para a CIT, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data de protocolo de entrada na SAS/MS;
X. apreciação pela CIT do Termo de Habilitação 2 ou 3, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Técnica da CIT;
XI. publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações homologadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;
XII. arquivamento de todo o processo de habilitação ou adequação na CIB, que ficará à disposição do Ministério da Saúde e da CIT.

Parágrafo único. Caso a CIB não aprecie e não se manifeste no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de protocolo na CIB, o município poderá encaminhar o processo de habilitação a CIT.

I.3 Em Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual

Art. 11 A habilitação à condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual ou de Gestão Plena do Sistema Estadual dependerá do cumprimento de todos os requisitos, com assunção das respectivas responsabilidades e garantia das prerrogativas, descritas nos itens 56, 57 e 58, do Capítulo III, da NOAS-SUS 01/02.

livro12VANESSA.indd 313 2/21/aaaa 10:24:37

§ 1º Os instrumentos de comprovação dos requisitos à condição de gestão avançada do sistema estadual, são os constantes do Anexo IV, desta Instrução Normativa.

§ 2º Os instrumentos de comprovação dos requisitos da condição de Gestão Plena do Sistema Estadual são os constantes do Anexo V, desta Instrução Normativa.

§ 3º A SAS/MS e a SPS/MS realizarão visita técnica conjunta aos estados antes da aprovação da habilitação pela CIT, para avaliar o Sistema Estadual de Saúde e a efetiva capacidade da SES para assumir a condição de gestão pleiteada.

Art.12. Os estados atualmente habilitados nas condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual devem apresentar a SAS:

I. o Plano Diretor de Regionalização (PDR);

II. a Programação Pactuada e Integrada (PPI);

III. a comprovação de alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Art. 13 A habilitação de estados às condições de gestão previstas na NOAS-SUS 01/02 compreende as seguintes etapas e trâmites:

I. preparação do processo de pleito de habilitação pelo gestor estadual;

II. apreciação e aprovação do processo pela CIB e preenchimento do Termo de Habilitação 4, para a Gestão Avançada, e Termo de Habilitação 5, para a Gestão Plena do Sistema Estadual, constantes nesta Instrução Normativa;

III. aprovação do pleito pelo Conselho Estadual de Saúde (CES);

IV. publicação da aprovação do pleito no Diário Oficial do Estado;

V. encaminhamento do Termo e do Processo de habilitação 4 ou 5, pela CIB, à Secretaria Técnica da CIT;

VI. recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Termo e do Processo de Habilitação e encaminhamento a SAS para:

a) as análises pertinentes;

b) visita técnica, da SAS e SPS, e solicitação à Secretaria Estadual de Saúde de esclarecimentos ou complementação do processo, se for o caso;

c) elaboração de parecer e expediente para encaminhamento e aprovação na CIT;

d) informação aos gestores interessados e órgãos do Ministério da Saúde sobre a habilitação do Estado, para as providências cabíveis;

VII. apreciação e homologação do pleito pela CIT;

livro12VANESSA.indd 314 2/21/aaaa 10:24:37

VIII. publicação em Portaria do Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes.

Art. 14. A habilitação do Distrito Federal observará as condições estabelecidas para os estados, no que couber.

Capítulo II Da Desabilitação

Art. 15. A identificação de irregularidades que comprometam a gestão específica desencadeará processo de desabilitação.

15.1. Os processos de desabilitação de Estados e municípios requerem apresentação de elementos que comprovem efetivamente irregularidades e que justifiquem a medida corretiva proposta.

15.2. Os Estados e os municípios não serão desabilitados se os motivos de abertura do processo de desabilitação forem superados.

II.1 Da desabilitação dos municípios

Art. 16 Cabe à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) decidir pela desabilitação dos municípios, com a homologação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Parágrafo único. Em caso de desabilitação, as instâncias de recurso do município serão, por ordem, a CIB e, após 30 (trinta) dias sem manifestação, a CIT.

Art. 17 Os municípios habilitados em GPAB-A estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no Item 60 do Capítulo III.2.1.1, da NOAS-SUS 01/02.

Art. 18 Os municípios habilitados em GPSM estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no Item 61 do Capítulo III.2.1.2, da NOAS-SUS 01/02, em particular nos casos em que:

A) se enquadrarem na situação de desabilitação prevista no Item 60 - Capítulo III da NOAS 01/02; ou

B) não cumprirem as responsabilidades definidas para a gestão Plena do Sistema Municipal, particularmente aquelas que se referem a:

B.1 cumprimento do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

B.2 disponibilidade do conjunto de serviços do (M1);

B.3 atendimento às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI.

livro12VANESSA.indd 315 2/21/aaaa 10:24:38

B.4 comando único da gestão sobre os prestadores de serviço em seu território.

18.1. A desabilitação de municípios em GPSM implicará permanência apenas em GPAB-A, desde que o motivo da desabilitação não tenha sido referente às responsabilidades atribuídas à gestão plena da atenção básica ampliada.

18.2. Os documentos comprobatórios para a desabilitação da GPSM que deverão ser enviados à Secretaria Técnica da CIT, e posteriormente à SAS, são:

A) Resolução da CIB de desabilitação do município;
B) Relatório Técnico da CIB justificando a desabilitação.

Art. 19. A desabilitação de um município poderá ser solicitada à respectiva CIB pela própria SMS, pelo correspondente CMS, pela SES, pelo CES ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com o seguinte fluxo:

a) abertura de processo de desabilitação pela CIB a partir de solicitação do gestor municipal ou de irregularidades identificadas pelos níveis estadual ou federal, ou ainda pelo respectivo CMS;
b) comunicação ao município das irregularidades encontradas, com definição de prazo para que este apresente a fundamentação da defesa, sob pena de desabilitação;
c) apreciação pela CIB, da defesa apresentada pelo município em caso de irregularidade, ou da solicitação de desabilitação apresentada pelo gestor do respectivo município;
d) definição acordada, entre a CIB e o gestor municipal, de medidas de superação das irregularidades, com prazo definido;
e) avaliação pela CIB das providências tomadas, decorrido o prazo definido na alínea "d" deste Artigo;
f) deliberação pela CIB quanto ao processo de desabilitação;
g) encaminhamento dos documentos de desabilitação à CIT;
h) apreciação do processo e decisão pela CIT;
i) encaminhamento da decisão da CIT ao MS, para providências cabíveis.

II.2 Da desabilitação dos estados

Art. 20. Os estados que não cumprirem as responsabilidades definidas na NOAS-SUS para a forma de gestão na qual encontram-se habilitados estarão sujeitos à desabilitação pela CIT.

Art. 21 A desabilitação de um estado poderá ser solicitada à CIB pela SES, pelo CES ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com o seguinte fluxo:

livro12VANESSA.indd 316 2/21/aaaa 10:24:38

a) abertura de processo de desabilitação pela CIT a partir de irregularidades identificadas pelo nível federal ou pelo respectivo CES;
b) comunicação ao estado das irregularidades encontradas, com definição de prazo para que este apresente a fundamentação da defesa, sob pena de desabilitação;
c) apreciação, pela plenária da CIT, da defesa apresentada pelo estado;
d) definição acordada entre as partes de medidas de superação das irregularidades, com prazo definido;
e) avaliação pela CIT das providências tomadas, na reunião subseqüente ao prazo definido;
f) decisão pela CIT quanto ao processo de desabilitação;
g) encaminhamento da decisão da CIT ao MS para as providências cabíveis e informe a SES.

Capítulo III - Da suspensão dos Repasses Financeiros

Art. 22 O Ministério da Saúde poderá suspender os repasses financeiros a serem transferidos mensalmente fundo a fundo nos seguintes casos:

§ 1º Para os municípios, se detectado algum dos motivos constantes dos subitens 60.1e 61.1, da NOAS-SUS 01/02;

§ 2º Para os estados, se detectado algum dos motivos constantes do Subitem 62.1, da NOAS-SUS 01/02; e

§ 3º Quando houver descumprimento da normatização pertinente, em particular das Portarias GM/MS n.o 1.882, de 18 de dezembro de 1997, GM/MS n.o 157, de 19 de fevereiro de 1998 e SAS/MS n.o 82, de 7 de julho de 1998.

22.1 Os processos de suspensão financeira de estados e municípios requerem apresentação de elementos que comprovem efetivamente irregularidades e que justifiquem a medida corretiva proposta.

22.2 Não haverá suspensão do repasse financeiro aos estados e aos municípios, caso os motivos de abertura do processo sejam superados.

Capítulo IV - Das Disposições Gerais

Art. 23 As divergências que venham ocorrer na Comissão Intergestores Biparti-

livro12VANESSA.indd 317 2/21/aaaa 10:24:38

te, referentes ao processo de habilitação, serão resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde e, sucessivamente, pela Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Art. 24 Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação cessando os efeitos do disposto na Instrução Normativa GM/MS n.o 01, de 10 de janeiro de 1998, exceto para habilitação em gestão plena da atenção básica, de municípios não habilitados em nenhuma condição de gestão da NOB/SUS 01/96, conforme decisão da CIT, em reunião ordinária 18 de outubro de 2001.

BARJAS NEGRI

livro12VANESSA.indd 318 2/21/aaaa 10:24:38

ANEXO I

Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS ½

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOAS-SUS 01/02: ITEM 54)	**INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO**
Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde (FMS).	- Ato legal de criação do FMS. - Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes ao último trimestre.
Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	
Apresentar o Plano Municipal de Saúde (PMS) do período em curso, aprovado pelo respectivo CMS, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais destinados ao município.	- Ato legal de criação do CMS. - Atas das 3 últimas reuniões do CMS - Declaração da SMS de composição paritária do CMS, conforme prevê a lei 8.142/90.
Apresentar o Plano Municipal de Saúde (PMS) do período em curso, aprovado pelo respectivo CMS, contendo a programação física e financeira dos recursos assistenciais	Plano Municipal de Saúde atualizado para a presente gestão municipal contendo a programação física e financeira. Ata do CMS aprovando o PMS atualizado.
1.D Comprovar, formalmente, capacidade técnica e administrativa para o desempenho das atividades de controle e avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação.	Apresentação, pelo gestor municipal de Plano de Controle e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelas três esferas de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, em seu território, a identificação da estrutura de controle e avaliação, que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades.
1.E Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.	Recibos do SIOPS

livro12VANESSA.indd 319 2/21/aaaa 10:24:38

Estabelecimento do Pacto de Indicadores da	- Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.
1.G Comprovar, para efeito de avaliação da Atenção Básica a ser realizada pela SES e validada pela SPS/MS, para encaminhamento à CIT: - desempenho satisfatório nos indicadores do Pacto da Atenção Básica do ano anterior; - alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde; - disponibilidade de serviços (estrutura física e recursos humanos) em seu território, para executar as ações estratégicas mínimas; - disponibilidade de serviços para realização o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado – EPBA.	Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS
Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA.	Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária.
Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.	Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece a legislação vigente. -Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do Município e do Estado nas demais ações de vigilância epidemiológica.
Formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.	Ofício do gestor municipal à CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos. - Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação.

livro12VANESSA.indd 320 2/21/aaaa 10:24:38

Anexo II

Sistematização do Processo de Adequação de Municípios Habilitados em GPSM nos Termos da NOB SUS 01/96 Pleiteantes à Condição de Gestão Plena do Sistema – NOAS-SUS 01/02

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOAS-SUS 01/02 - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS)	**ITENS A SEREM VERIFICADOS PELO GESTOR ESTADUAL EM VISITA AO SISTEMA MUNICIPAL**
2.A Conselho Municipal de Saúde (CMS).	O CMS apresenta composição paritária, conforme a Lei 8.142/90, e funcionamento regular
2.B Fundo Municipal de Saúde (FMS).	Comprovação de que há funcionamento regular do FMS através de extratos e quem é o executor do FMS. Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.
2.C Plano Municipal de Saúde	O PMS encontra-se revisto a partir da Agenda Municipal de Saúde, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como o Quadro de Metas.
2.D Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso.	Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.
2.E Submeter-se à avaliação pela SES em relação a: 1) desempenho nos indicadores do Pacto da Atenção Básica referente ao ano anterior; 2) alimentação regular dos sistemas nacionais de informação em saúde; 3) capacidade de assumir as ações às áreas de atuação estratégicas; 4) capacidade de oferecer o Elenco de Procedimentos Básicos Ampliado – EPAB-A	- Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS
2.F Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES.	Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.

livro12VANESSA.indd 321 2/21/aaaa 10:24:38

2.G Participação na elaboração e implantação da PPI do Estado	Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo Para Garantia de Acesso.
2.H Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.	Recibos do SIOPS
2.I Estrutura do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria – SNA	Verificar se o componente municipal do SNA encontra-se estruturado, com funcionamento regular, compatível com seu regulamento ou regimento próprio, e com designação dos auditores formalizada a partir de lei ou decreto.
2.J Controle, Regulação e Avaliação.	- Apresentação, pelo gestor municipal de Plano de Controle, Regulação, e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas em seu território, a identificação da estrutura, de controle e avaliação que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades.
2.K Vigilância Sanitária.	- O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento de Vigilância Sanitária, capaz de desenvolver ações de vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a ANVISA.
2.L Vigilância Epidemiológica	- O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento capaz de desenvolver ações de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a FUNASA.
2.M Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito.	Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito, aprovado pelo CMS.
2.N Comprovar a gestão sobre a totalidade dos prestadores localizados no âmbito do município	Declaração da CIB de Comando Único pelo Gestor Municipal.
2.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares.	-Verificar se há disponibilidade de oferta das ações do primeiro nível de complexidade.
2.P Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS	- Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.

livro12VANESSA.indd 322 2/21/aaaa 10:24:38

2.Q Formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de gestão pleiteada.	Ofício do gestor municipal à CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos. - Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação.

O Termo de Habilitação 2, constante nesta IN, a ser enviado para o MS quando da habilitação do município, inclui os seguintes documentos, cujos modelos estão descritos no referido Termo de Habilitação.

Relatório conclusivo com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.
Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.
Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade.
Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal.
Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade, conforme modelo definido em Portaria específica da PPI, assinado pelo gestor municipal.

livro12VANESSA.indd 323 2/21/aaaa 10:24:38

ANEXO III

Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal

NOAS-SUS 01/02

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOAS-SUS 01/02: item 55)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
3.A Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	- Ato legal de criação do CMS. - Atas das 3 últimas reuniões do CMS. - Declaração da SMS de composição paritária do CMS, conforme prevê a lei 8.142/90.
3.B Comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde (FMS).	Ato legal de criação do FMS. Cadastro Financeiro. Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes aos últimos três meses. Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.
3.C Apresentar o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS, que deve contemplar Agenda de Saúde Municipal harmonizada com as Agendas Nacional e Estadual, bem como o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão	Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. - Ata do CMS aprovando o PMS atualizado.
3.D Estabelecimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso.	Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.	Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS
3.F Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES.	Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.
3.G Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA.	Ato legal de criação do componente municipal do SNA.
3.H Participar da elaboração e da implantação da PPI do Estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.	Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo Para Garantia de Acesso.

livro12VANESSA.indd 324 2/21/aaaa 10:24:39

3.I Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet).	Apresentação, pelo gestor municipal de Plano de Controle, Regulação, e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas em seu território, a identificação da estrutura, de controle e avaliação que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades.
3.J Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.1. Para os pleitos apresentados na CIB até fevereiro de 2002.	Recibos do SIOPS
3.K Comprovar o funcionamento de serviço estruturado de vigilância sanitária e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária.	Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária - Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária.
3.L Comprovar a estruturação de serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses, de acordo com a pactuação estabelecida com a Fundação Nacional de Saúde.	Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece a legislação vigente. - Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do município e do estado nas demais ações de vigilância epidemiológica
3.M Apresentar o Relatório de Gestão do ano anterior à solicitação do pleito, devidamente aprovado pelo CMS.	Relatório de Gestão do ano anterior. Ata do CMS que aprovou o Relatório de Gestão.
3.N Comprovar o comando único sobre a totalidade dos prestadores localizados no território municipal.	- Declaração da CIB de COMANDO ÚNICO DO GESTOR MUNICIPAL.-
3.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares.	- Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade (M1)
3.P Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS	Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.
3.Q Formalizar, junto à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSM.	- Ofício do gestor municipal ao gestor estadual apresentando o processo de habilitação. - Ata do CMS que aprovou a habilitação.

livro12VANESSA.indd 325 2/21/aaaa 10:24:39

O Termo de Habilitação 3, constante nesta IN, a ser enviado para o MS quando da habilitação do município, inclui os seguintes documentos, cujos modelos estão descritos no referido Termo de Habilitação.

1.Relatório conclusivo com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.

2.Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso.

3.Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade.

4.Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal.

5.Consolidado do Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade, conforme modelo definido em Portaria específica da PPI, assinado pelo gestor municipal.

livro12VANESSA.indd 326 2/21/aaaa 10:24:39

ANEXO IV

Sistematização do Processo de Habilitação de Estados à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual

NOAS-SUS 01/02

REQUISITOS PARA A HABILITAÇÃO (NOAS SUS 01/02, item 57)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente: - Quadro de metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão; - Programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas; - Estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios; - Estratégias de reorganização do modelo de atenção.	Plano Estadual de Saúde (PES), atualizado para a presente gestão estadual. - Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde (PES
Apresentar o Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos municípios-sede de módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais.	PDR de acordo com a NOAS; - Ata de aprovação do PDR na CIB; - Ata de aprovação do PDR no CES.

livro12VANESSA.indd 327 2/21/aaaa 10:24:39

4.C Comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios.	PPI de acordo com NOAS; - Ata de aprovação da PPI na CIB;
4.D Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.	Recibos do SIOPS
4.E Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	- Ato legal de criação da CIB; - Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.
4.F Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES).	- Ato legal de criação do CES; - Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme freqüência prevista na lei ou no regimento. - Declaração da SES de composição paritária do CES, conforme prevê a lei 8.142/90.
4.G Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde (FES).	-Ato legal de criação do FES; Cadastro financeiro. Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.
4.H Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.	-Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde. -Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão.
4.I Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas	- Resolução da CIB atestando a referida transferência.
4.J Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPSM, nos termos da NOAS 01/02.	- Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM.
4.K Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).	- Ato legal de criação do componente estadual do SNA; - Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos.

livro12VANESSA.indd 328 2/21/aaaa 10:24:39

4.L Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet). Comprovar a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.	- Apresentação pelo gestor estadual, do Plano Estadual de Controle, Regulação e, Avaliação conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, a identificação da estrutura responsável pelas atividades de controle e avaliação, bem como sua inserção formal no organograma funcional da SES.
Comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.	Publicação da certificação do estado.
Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária	Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária Assinatura do Termo de Ajuste de Metas.
Estabelecer o Pacto de Indicadores da Atenção Básica referente ao ano em curso.	Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde.
Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GASE.	Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos - Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos; - Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito.

livro12VANESSA.indd 329 2/21/aaaa 10:24:39

ANEXO V

Sistematização do Processo de Habilitação de Estados à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual NOAS-SUS 01/02

REQUISITOS PARA A HABILITAÇÃO (NOAS SUS 01/02, ITEM 58)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
5.A Apresentar o Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo CES, contendo minimamente: - Quadro de metas, compatível com a Agenda de Saúde, por meio do qual a execução do Plano será acompanhada anualmente nos relatórios de gestão; - Programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, de epidemiologia e de controle de doenças – incluindo, entre outras, as atividades de vacinação, de controle de vetores e de reservatórios – de saneamento, de pesquisa e desenvolvimento tecnológico, de educação e de comunicação em saúde, bem como as relativas às ocorrências mórbidas decorrentes de causas externas; - Estratégias de descentralização das ações de saúde para municípios; - Estratégias de reorganização do modelo de atenção.	Plano Estadual de Saúde (PES), atualizado para a presente gestão estadual. - Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde (PES).
Apresentar o Plano Diretor de Regionalização, explicitando: módulos assistenciais, microrregiões e regiões, com a identificação dos municípios -sede de módulos assistenciais e dos pólos microrregionais e regionais de média complexidade; os prazos para qualificação das microrregiões; o plano diretor de investimento para a formação e expansão de módulos assistenciais.	PDR de acordo com a NOAS; - Ata de aprovação do PDR na CIB; - Ata de aprovação do PDR no CES.

livro12VANESSA.indd 330 2/21/aaaa 10:24:39

Comprovar a implementação da programação pactuada e integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração, bem como proposição de estratégias de monitoramento e garantia de referências intermunicipais e critérios de revisão periódica dos limites financeiros dos municípios.	PPI de acordo com NOAS; - Ata de aprovação da PPI na CIB;

5.D Comprovar, por meio da alimentação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros próprios do Tesouro Municipal, de acordo com a Emenda Constitucional 29, de 14 de setembro de 2000.	Recibos do SIOPS
5.E Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	- Ato legal de criação da CIB; - Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.
5.F Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES).	- Ato legal de criação do CES; - Atas das reuniões dos trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme freqüência prevista na lei ou no regimento. - Declaração da SES de composição paritária do CES, conforme prevê a lei 8.142/90.
5.G Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde (FES).	Ato legal de criação do FES; - Cadastro financeiro. - Extrato das contas do FES dos três últimos meses. - Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.
5.H Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.	- Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde. - Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão.
5.I Comprovar descentralização para os municípios habilitados da rede de Unidades Assistenciais Básicas	Resolução da CIB atestando a referida transferência ou Termo de Cessão das unidades.
5.J Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados em GPSM, nos termos da NOAS ½.	- Cronograma de Ajuste de Comando Único dos municípios em GPSM aprovado pela CIB.

livro12VANESSA.indd 331 2/21/aaaa 10:24:40

5.K Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).	Ato legal de criação do componente estadual do SNA; - Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos.
5.L Comprovar, formalmente, capacidade técnica, administrativa e operacional para o desempenho das atividades de controle, regulação, e avaliação através da definição de estrutura física, administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação (linha telefônica e acesso a internet), bem como comprovar a estruturação e operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.	Apresentação pelo gestor estadual, do Plano Estadual de Controle, Regulação, e Avaliação conforme as atribuições pactuadas pelos três níveis de governo, contendo os objetivos, as ações a serem desenvolvidas, a identificação da estrutura responsável pelas atividades de controle e avaliação, bem como sua inserção formal no Organograma funcional da SES.
5.M Comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.	Publicação da certificação do estado.
5.N Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitári	Assinatura do Termo de Ajuste de Metas.
5. O Estabelecer o Pacto de Indicadores da Atenção Básica referente ao ano em curso.	Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde.
5.P Apresentar à CIT a formalização do pleito, devidamente aprovado pelo CES e pela CIB, atestando o cumprimento dos requisitos relativos à condição de GPSE.	Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito, validado pela SAS.

TERMO DE HABILITAÇÃO 1

Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPAB-A nos termos da NOAS SUS 01/02

Município _____UF_____

Prefeito Municipal _____

Secretário Municipal da Saúde _____

Endereço da SMS _____

CEP: _____ Tel: ( )_____ Fax: ( ) _____ E-mail _____

livro12VANESSA.indd 332 2/21/aaaa 10:24:40

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A

NOAS SUS 01/02 E IN 01/02

	SIM	NÃO
1.A Fundo Municipal de Saúde (FMS)		
Ato legal de criação do FMS Data / /	( )	( )
Extratos das contas do Fundo Municipal de Saúde referentes ao último trimestre	( )	( )
1.B –Conselho Municipal de Saúde (CMS)		
Ato legal de criação do CMS Data / /	( )	( )
Atas das 3 últimas reuniões do CMS	( )	( )
1.C –Plano Municipal de Saúde (PMS)		
Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal.	( )	( )
Ata do CMS que aprovando o PMS atualizado	( )	( )
Data / /		
1.D – Controle e Avaliação		
Plano de Controle e Avaliação	( )	( )
1.E – Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal		
Recibos do SIOPS	( )	( )
1.F – Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual.	( )	( )
1.G – Avaliação da Atenção Básica		
Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS	( )	( )
1.H – Vigilância Sanitária		
Declaração conjunta da SES e SMS Data / /	( )	( )
1.I – Vigilância Epidemiológica		

livro12VANESSA.indd 333 2/21/aaaa 10:24:40

Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente.	( ) ( )
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica	( ) ( )
1.J – Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB	
Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos	( ) ( )
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação	( ) ( )

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /

Responsável pela análise do processo: _____ Ass.:_____

Comentários:_____

_____

_____

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES:_____ Ass.:_____

COSEMS:_____ Ass.:_____

Comentários:_____

_____

livro12VANESSA.indd 334 2/21/aaaa 10:24:40

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT
Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /
Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim ( ) Não ( ) Data de Publicação: / /
Responsável pela análise do Termo:_____ Ass.:_____

DECISÃO DA CIT		
Aprovado na Reunião de: / /	Publicação no D.O.U. / /	Portaria _____nº____/___
_____	_____	_____
MS	CONASS	CONASEMS

TERMO DE HABILITAÇÃO 2

Município Habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOB SUS 01/96, Pleiteante à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da NOAS SUS 01/02

Município_____ UF_____
Prefeito Municipal_____
Secretário Municipal da Saúde _____
Endereço da SMS _____
CEP: _____ Tel: ( )_____ Fax: ( ) _____ E-mail _____

livro12VANESSA.indd 335 2/21/aaaa 10:24:40

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A

NOAS SUS 01/02 E IN 01/02

	SIM	NÃO
2.A Conselho Municipal de Saúde (CMS)		
O CMS apresenta composição paritária, conforme Lei 8.142/90, e funcionamento regular	( )	( )
2.B – Fundo Municipal de Saúde (FMS)		
O FMS apresenta funcionamento regular, dispõe de rubricas orçamentárias específicas para recebimento do repasse financeiro fundo a fundo e, para pagamento aos prestadores públicos e privados.	( )	( )
2.C –Plano Municipal de Saúde (PMS)		
Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. Período:	( )	( )
2.D – Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual	( )	( )
2.E – Avaliação da Atenção Básica		
Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS	( )	( )
2.F - Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES		
Extrato do Termo de Compromisso para Garantia do Acesso	( )	( )
2.G – Programação Pactuada e Integrada		
Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso	( )	( )
2.H - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal		
Recibos do SIOPS	( )	( )
2.I – Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria		
O componente municipal do SNA encontra-se estruturado, com funcionamento regular, compatível seu regulamento ou regimento próprio, e com designação dos auditores formalizada a partir de lei ou decreto.	( )	( )
2.J – Controle, Regulação, e Avaliação		
Plano de Controle, Regulação, e Avaliação	( )	( )
2.K –Vigilância Sanitária		

livro12VANESSA.indd 336 2/21/aaaa 10:24:40

O município dispõe de serviço estruturado e em funcionamento de Vigilância Sanitária, capaz desenvolver ações de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a pactuação estabelecida com a ANVISA.	( ) ( )
2.L - Vigilância Epidemiológica	
Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente.	( ) ( )
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica	( ) ( )
2.M – Relatório de Gestão	
Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito, aprovado pelo CMS	( ) ( )
2.N – Comando Único	
Declaração da CIB de Comando Único pelo gestor municipal	( ) ( )
2.O – Oferta das ações do M1 e de leitos hospitalares	
Há disponibilidade de oferta das ações do primeiro nível de complexidade e leitos hospitalares	( ) ( )
2.P – Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS	
Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor	( ) ( )
2.Q - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB	
Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos	( ) ( )
Ata da reunião do CMS que aprova o pleito de habilitação	( ) ( )

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Municipal de Saúde? _____

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /

Responsável pela análise do processo:_____ Ass.:_____

Comentári__os:_____

_____

_____

livro12VANESSA.indd 337 2/21/aaaa 10:24:40

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES:_____ Ass.:_____

COSEMS:_____ Ass.:_____

Comentários:_____

_____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim ( ) Não ( ) Data de Publicação: / /

Responsável pela análise do Termo:_____ Ass.:_____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria _____nº____/___

_____ _____ _____

MS CONASS CONASEMS

Relatório Conclusivo

com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.

livro12VANESSA.indd 338 2/21/aaaa 10:24:41

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE SUFICIÊNCIA DE OFERTA DAS AÇÕES DO PRIMEIRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], atualmente habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-SUS 01/96), apresenta capacidade para atender aos compromissos estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada entre gestores, realizada no âmbito estadual, incluindo a oferta de todas as ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial e a disponibilidade de leitos hospitalares, conforme estabelecido no Anexo 3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02.

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente a esse requisito, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE APROVOU A ATUALIZAÇÃO DA HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO]

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

livro12VANESSA.indd 339 2/21/aaaa 10:24:41

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], atualmente habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (NOB-SUS 01/96), assumiu a gestão da totalidade dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores.

[QUANDO FOR O CASO DE ESTABELECER TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS]

No que diz respeito aos hospitais sob gerência de outro nível de governo abaixo relacionados [especificar se sob gerência estadual e/ou federal], o município celebrou termo de compromisso com o ente gerente da unidade, e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao [FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE OU SE FOR O CASO DE UNIDADE FEDERAL COM AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA, AO PRÓPRIO HOSPITAL, EM RUBRICA ESPECÍFICA], o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos.

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Data de Celebração do Termo entre o Gestor Municipal e o Ente Gerente da Unidade	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Previsão da Revisão do Termo	Valor mensal

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente ao requisito de comando único do gestor municipal sobre todos os prestadores localizados em seu

livro12VANESSA.indd 340 2/21/aaaa 10:24:41

território, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

livro12VANESSA.indd 341 2/21/aaaa 10:24:41

MODELO PARA EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO

O município de [NOME DO MUNICÍPIO], representado pelo Secretário Municipal de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL], celebra com o estado de [NOME DO ESTADO], representado pelo Secretário de Estado de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO ESTADUAL] Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, no qual assume o compromisso de atender às referências acordadas entre gestores para atendimento da população residente em outros municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada realizada no âmbito estadual e aprovada pela CIB em [DATA DE APROVAÇÃO DA PPI NA CIB]. Em decorrência da PPI e da celebração do referido Termo de Compromisso, o Limite financeiro do município passa a apresentar a composição apresentada abaixo:

Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade (R$)

UF:

Município:

Média Complexidade		Alta Complexidade		Total	
População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada

A parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais está sujeita ao atendimento adequado das referências acordadas e às regras de revisão periódica estabelecidas do Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso.

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [de celebração do Termo de Compromisso]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE]

CONSOLIDADO DO LIMITE FINANCEIRO MUNICIPAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, conforme modelo vigente.

livro12VANESSA.indd 342 2/21/aaaa 10:24:41

TERMO DE HABILITAÇÃO 3

Município Pleiteante à Gestão Plena do Sistema Municipal nos termos da

NOAS SUS 01/02

Município_____
UF_____

PrefeitoMunicipal_____
_____

Secretário Municipal da Saúde _____
_____

Endereço da SMS _____
_____

CEP: _____ Tel: ( )_____ Fax: ( ) _____ E-mail
_____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A

NOAS SUS 01/02 E IN 01/02

3.A Conselho Municipal de Saúde (CMS)	SIM	NÃO
Ato legal de criação do CMS	( )	( )
Atas das 3 últimas reuniões do CMS	( )	( )
3.B – Fundo Municipal de Saúde (FMS)		
Ato legal de criação do FMS	( )	( )
Cadastro Financeiro	( )	( )
Extratos das contas do FMS referentes aos últimos três meses	( )	( )
Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo.	( )	( )
Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.	( )	( )

livro12VANESSA.indd 343 2/21/aaaa 10:24:41

3.C –Plano Municipal de Saúde (PMS)		
Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal	( )	( )
Ata do CMS aprovando o PMS atualizado	( )	( )
3.D – Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso, assinado pelos gestores municipal e estadual	( )	( )
3.E – Avaliação da Atenção Básica		
Quadros de Avaliação da Atenção Básica conforme regulamentação da SPS/MS	( )	( )
3.F – Termo de Compromisso para Garantia de Acesso		
Extrato do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso	( )	( )
3.G - Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente municipal do SNA	( )	( )
3.H – Programação Pactuada e Integrada		
Relatórios da PPI, com o compromisso do município em assumir as referências pactuadas, conforme o Termo de Compromisso para Garantia de Acesso	( )	( )
3.I – Controle, Regulação e Avaliação		
Plano de Controle, Regulação, e Avaliação	( )	( )
3.J - Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal		
Recibos do SIOPS	( )	( )
3.K – Vigilância Sanitária		
Ato legal que estabeleça atribuição e competência do poder público municipal para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária	( )	( )
Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades específicas do município e do estado nas ações de vigilância sanitária	( )	( )
3.L - Vigilância Epidemiológica		
Declaração da SMS de que o município se compromete a cumprir este requisito sendo capaz de notificar as doenças conforme estabelece legislação vigente.	( )	( )
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades do município e do estado nas demais ações de vigilância epidemiológica	( )	( )
3.M – Relatório de Gestão		
Relatório de Gestão do ano anterior ao pleito	( )	( )
Ata do CMS que aprovou o Relatório de Gestão	( )	( )

livro12VANESSA.indd 344 2/21/aaaa 10:24:41

3.N – Comando Único		
Declaração da CIB de Comando Único pelo gestor municipal	( )	( )
3.O Oferta das ações do primeiro nível de complexidade e de leitos hospitalares.	( )	( )
Declaração da CIB de Suficiência de Oferta das Ações do Primeiro Nível de Complexidade–M1		
3.P– Adesão ao Cadastramento Nacional dos usuários do SUS		
Termo de Adesão Municipal, definido pela legislação pertinente em vigor.	( )	( )
3.Q - Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB		
Ofício do gestor municipal à CIB solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos	( )	( )
Ata da reunião do CMS que aprova o pleito de habilitação	( )	( )

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Municipal de Saúde? _____

A julgamento da CIB poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo na CIB / / Data de conclusão da análise / /

Responsável pela análise do processo:_____ Ass.:_____

Comentários:_____

_____

_____

DECISÃO DA CIB APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES:_____ Ass.:_____

COSEMS:_____ Ass.:_____

Comentários:_____

_____

livro12VANESSA.indd 345 2/21/aaaa 10:24:41

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT
Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /
Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim ( ) Não ( ) Data de Publicação: / /
Responsável pela análise do Termo:_____ Ass.:_____

DECISÃO DA CIT		
Aprovado na Reunião de: / /	Publicação no D.O.U. / /	Portaria _____nº____/___
_____	_____	_____
MS	CONASS	CONASEMS

RELATÓRIO CONCLUSIVO

com parecer qualitativo sobre a avaliação efetuada, considerando as questões relativas às responsabilidades e requisitos constantes na NOAS-SUS 01/02, incluindo as observações decorrentes da VISITA TÉCNICA realizada pela SES ao município.

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE SUFICIÊNCIA DE OFERTA DAS AÇÕES DO PRIMEIRO NÍVEL DE COMPLEXIDADE

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO] apresenta capacidade para atender aos compromissos estabelecidos na Programação Pactuada e Integrada entre gestores, realizada no âmbito estadual, incluindo a oferta de todas as ações do primeiro nível da média complexidade ambulatorial e a disponibilidade de leitos hospitalares, conforme estabelecido no Anexo 3 da Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02.

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente a esse requisito, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema

livro12VANESSA.indd 346 2/21/aaaa 10:24:42

Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE APROVOU A ATUALIZAÇÃO DA HABILITAÇÃO DO MUNICÍPIO]

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO] assumiu a gestão da totalidade dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores.

[QUANDO FOR O CASO DE ESTABELECER TERMO DE COMPROMISSO ENTRE ENTES PÚBLICOS]

No que diz respeito aos hospitais sob gerência de outro nível de governo abaixo relacionados [especificar se sob gerência estadual e/ou federal], o município celebrou termo de compromisso com o ente gerente da unidade, e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao [FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE OU SE FOR O CASO DE UNIDADE FEDERAL COM AUTONOMIA ORÇAMENTÁRIA, AO PRÓPRIO HOSPITAL, EM RUBRICA ESPECÍFICA], o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos.

livro12VANESSA.indd 347 2/21/aaaa 10:24:42

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/ governo federal)	Data de Celebração do Termo entre o Gestor Municipal e o Ente Gerente da Unidade	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Previsão da Revisão do Termo	Valor mensal

Desta forma, o referido município, no que diz respeito especificamente ao requisito de comando único do gestor municipal sobre todos os prestadores localizados em seu território, está em condições de se manter habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com as exigências da NOAS SUS 01/02, tendo sido essa questão referente ao processo de atualização da habilitação do município devidamente analisada e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUE ANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

MODELO PARA EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GARANTIA DE ACESSO

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO PARA GARANTIA DE ACESSO

O município de [NOME DO MUNICÍPIO], representado pelo Secretário Municipal de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO MUNICIPAL], celebra com o estado de [NOME DO ESTADO], representado pelo Secretário de Estado de Saúde [NOME DO SECRETÁRIO ESTADUAL] Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, no qual assume o compromisso de atender às referências acordadas entre gestores para atendimento da população residente em outros municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada realizada no âmbito estadual e aprovada pela CIB em [DATA DE APROVAÇÃO DA PPI NA CIB]. Em decorrência da PPI e da celebração do referido Termo de Compromisso, o Limite financeiro do município passa a apresentar a composição apresentada

livro12VANESSA.indd 348 2/21/aaaa 10:24:42

abaixo:

Limite Financeiro Municipal de Média e Alta Complexidade (R$)					
UF:					
Município:					
Média Complexidade		Alta Complexidade		Total	
População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada	População Própria	População Referenciada

A parcela de recursos correspondente às referências intermunicipais está sujeita ao atendimento adequado das referências acordadas e às regras de revisão periódica estabelecidas do Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso.

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [de celebração do Termo de Compromisso]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE]

CONSOLIDADO DO LIMITE FINANCEIRO MUNICIPAL DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, conforme modelo vigente.

livro12VANESSA.indd 349 2/21/aaaa 10:24:42

TERMO DE HABILITAÇÃO 4

Estado Pleiteante à Gestão Avançada do Sistema Estadual

nos termos da

NOAS SUS 01/02

Estado_____

Governador_____

Secretário Estadual da Saúde _____

Endereço da SES _____

CEP: _____ Tel: ( )_____ Fax: ( ) _____ E-mail _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A

NOAS SUS 01/02 E IN 01/02

	SIM	NÃO
4.A Plano Estadual de Saúde (PES)		
Plano Estadual de Saúde, atualizado para a presente gestão	( )	( )
Ata da reunião do CES que aprovou o PES	( )	( )
4.B – Plano Diretor de Regionalização (PDR))		
PDR e PDI de acordo com a NOAS	( )	( )
Ata de aprovação do PDR e do PDI na CIB e no CES	( )	( )
4.C –Programação Pactuada e Integrada (PPI)		
PPI de acordo com NOAS	( )	( )
Ata de aprovação da PPI na CIB	( )	( )
4.D – Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual		
Recibos do SIOPS	( )	( )
4.E – Comissão Intergestores Bipartite		
Ato legal de criação da CIB	( )	( )
Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito	( )	( )
4.F – Conselho Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do CES	( )	( )
Atas das reuniões dos trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme freqüência prevista na lei ou no regimento	( )	( )

livro12VANESSA.indd 350 2/21/aaaa 10:24:42

4.G – Fundo Estadual de Saúde	
Ato legal de criação do FES;	( ) ( )
Cadastro financeiro.	( ) ( )
Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses	( ) ( )
Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo.	( ) ( )
Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.	( ) ( )
4.H – Relatório de Gestão	
Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde	( ) ( )
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão	( ) ( )
4.I – Descentralização das Unidades Assistenciais Básicas para os municípios	
Resolução da CIB atestando a referida transferência	( ) ( )
4.J – Transferência da Gestão Hospitalar e Ambulatorial para municípios em GPSM/ NOAS	
Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM ou Cronograma de Adequação.	( ) ( )
4.K – Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria	
Ato legal de criação do componente estadual do SNA;	( ) ( )
Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos	( ) ( )
4.L – Controle, Regulação, e Avaliação	
Plano de Controle, Regulação, e Avaliação	( ) ( )
4.M – Vigilância Epidemiológica	
Publicação da certificação do estado	( ) ( )
4.N – Vigilância Sanitária	
Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária	( ) ( )
Assinatura do Termo de Ajuste de Metas	( ) ( )
4.O – Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso	
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde	( ) ( )
4.P – Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB e ao CES	
Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos	( ) ( )
Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos	( ) ( )
Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito	( ) ( )

livro12VANESSA.indd 351 2/21/aaaa 10:24:42

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Quem é o executor do Fundo Estadual de Saúde? _____

A julgamento da CIB e do CES poderão ser anexadas informações ou documentos complementares.

Data de entrada do processo: na CIB / / ; no CES / /

Data de conclusão da análise: na CIB / / ; no CES / /

Responsável pela análise do processo:

na CIB _____ Ass.: _____;

no CES: _____ Ass.: _____

Comentários: CIB:_____

_____

CES:_____

_____

DECISÃO DA CIB E CES APÓS A ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

CIB: Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

SES:_____ Ass.:_____

COSEMS:_____ Ass.:_____

CES: Aprovado na Reunião de: / / Deliberação nº , de / /

Presidente do CES _____ Ass.: _____

Comentários:_____

_____

livro12VANESSA.indd 352 2/21/aaaa 10:24:42

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /

Cópia da publicação da habilitação do Município no D.O.E. Sim ( ) Não ( ) Data de Publicação: / /

Responsável pela análise do Termo:_____ Ass.:_____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria _____nº____/___

_____ _____ _____

MS CONASS CONASEMS

TERMO DE HABILITAÇÃO 5

Estado Pleiteante à Gestão Plena do Sistema Estadual nos termos da NOAS SUS 01/02

Estado_____

Governador_____

Secretário Estadual da Saúde _____

Endereço da SES _____

CEP: _____ Tel: ( )_____ Fax: ( )_____ E-mail _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO A

NOAS SUS 01/02 E IN 01/02

5.A Plano Estadual de Saúde (PES)	SIM	NÃO
Plano Estadual de Saúde, atualizado para a presente gestão	( )	( )
Ata da reunião do CES que aprovou o PES	( )	( )

livro12VANESSA.indd 353 2/21/aaaa 10:24:43

5.B – Plano Diretor de Regionalização (PDR))		
PDR de acordo com a NOAS	( )	( )
Ata de aprovação do PDR na CIB	( )	( )
Ata de aprovação do PDR no CES	( )	( )
5.C –Programação Pactuada e Integrada (PPI)		
PPI de acordo com NOAS	( )	( )
Ata de aprovação da PPI na CIB	( )	( )
5.D – Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual		
Recibos do SIOPS	( )	( )
5.E – Comissão Intergestores Bipartite		
Ato legal de criação da CIB	( )	( )
Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito	( )	( )
5.F – Conselho Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do CES	( )	( )
Atas das reuniões do trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme freqüência prevista na lei ou no regimento	( )	( )
5.G – Fundo Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do FES;	( )	( )
Cadastro financeiro.	( )	( )
Extratos das contas do FES dos 3 últimos meses	( )	( )
Rubrica orçamentária específica para recebimento dos recursos financeiros repassados fundo a fundo.	( )	( )
Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores públicos e privados.	( )	( )
5.H – Relatório de Gestão		
Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Saúde.	( )	( )
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório de Gestão	( )	( )

livro12VANESSA.indd 354 2/21/aaaa 10:24:43

5.I – Descentralização das Unidades Assistenciais Básicas para os municípios		
Resolução da CIB atestando a referida transferência.	( )	( )
5.J – Transferência da Gestão Hospitalar e Ambulatorial para municípios em GPSM/NOAS		
Declaração da CIB de Comando Único dos Sistemas de Saúde por cada gestor de município em GPSM ou Cronograma de Adequação.	( )	( )
5.K – Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente estadual do SNA;	( )	( )
Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos	( )	( )
5.L – Controle, Regulação, e Avaliação		
Plano de Controle, Regulação, e Avaliação.	( )	( )
5.M – Vigilância Epidemiológica		
Publicação da certificação do estado	( )	( )
5.N – Vigilância Sanitária		
Ato legal que estabelece atribuição e competência do poder público estadual para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária	( )	( )
Assinatura do Termo de Ajuste de Metas	( )	( )
5.O – Pacto dos Indicadores da Atenção Básica para o ano em curso		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo Presidente do COSEMS e pelo Secretário Estadual de Saúde	( )	( )
5.P – Formalização do pleito de habilitação do município junto à CIB e ao CES		

livro12VANESSA.indd 355 2/21/aaaa 10:24:43

Ofício do gestor estadual à CIB e ao CES solicitando a habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos		
Ata da CIB atestando o cumprimento dos requisitos	( )	( )
Ata e Resolução da reunião do CES que aprovou o pleito	( )	( )
	( )	( )
5.Q - Dispor de 50% do valor do LIMITE FINANCEIRO DA ASSISTÊNCIA do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.		
Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito, validada pela SAS.	( )	( )

DECISÃO DA CIT

Aprovado na Reunião de: / / Publicação no D.O.U. / / Portaria _____nº____/___

_____	_____	_____
MS	CONASS	CONASEMS

livro12VANESSA.indd 356 2/21/aaaa 10:24:43

TEXTO 17

PACTO PELA SAÚDE 2006 - PORTARIA GM/MS 399 DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 23 DE FEVEREIRO DE 2006)

DIVULGA O PACTO PELA SAÚDE 2006 – CONSOLIDAÇÃO DO SUS E APROVA AS DIRETRIZES OPERACIONAIS DO REFERIDO PACTO.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo;

Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

livro12VANESSA.indd 357 2/21/aaaa 10:24:43

RESOLVE:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

livro12VANESSA.indd 358 2/21/aaaa 10:24:43

ANEXO I

PACTO PELA SAÚDE 2006

Consolidação do SUS

O Sistema Único de Saúde - SUS é uma política pública que acaba de completar uma década e meia de existência. Nesses poucos anos, foi construído no Brasil, um sólido sistema de saúde que presta bons serviços à população brasileira.

O SUS tem uma rede de mais de 63 mil unidades ambulatoriais e de cerca de 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos. Sua produção anual é aproximadamente de 12 milhões de internações hospitalares; 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde; 150 milhões de consultas médicas; 2 milhões de partos; 300 milhões de exames laboratoriais; 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 14 mil transplantes de órgãos. Além de ser o segundo país do mundo em número de transplantes, é reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento universal às Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, na implementação do Programa Nacional de Imunização e no atendimento relativo à Atenção Básica. É avaliado positivamente pelos que o utilizam rotineiramente e está presente em todo território nacional.

Ao longo de sua história houve muitos avanços e também desafios permanentes a superar. Isso tem exigido, dos gestores do SUS, um movimento constante de mudanças, pela via das reformas incrementais. Contudo, esse modelo parece ter se esgotado, de um lado, pela dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual; de outro, pela sua fixação em conteúdos normativos de caráter técnico-processual, tratados, em geral, com detalhamento excessivo e enorme complexidade.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

livro12VANESSA.indd 359 2/21/aaaa 10:24:43

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e estão detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006

I – O PACTO PELA VIDA:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

As prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2006 são:

SAÚDE DO IDOSO:

Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA:

Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarréica e por pneumonias.

DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA:

Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE:

livro12VANESSA.indd 360 2/21/aaaa 10:24:43

Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regula,r alimentação saudável e combate ao tabagismo.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS:

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

As prioridades do Pacto em Defesa do SUS são:

IMPLEMENTAR UM PROJETO PERMANENTE DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL COM A FINALIDADE DE:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos;

Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional;

Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde.

Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas.

livro12VANESSA.indd 361 2/21/aaaa 10:24:43

ELABORAR E DIVULGAR A CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DO SUS

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniqüidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais.

Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional.

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação.

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação eqüitativa dos recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

As prioridades do Pacto de Gestão são:

DEFINIR DE FORMA INEQUÍVOCA A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DE CADA INSTÂNCIA GESTORA DO SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.

ESTABELECER AS DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; Participação e Controle Social; Planejamento; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

livro12VANESSA.indd 362 2/21/aaaa 10:24:44

Este PACTO PELA SAÚDE 2006 aprovado pelos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, é abaixo assinado pelo Ministro da Saúde, o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e será operacionalizado por meio do documento de Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006.

Ministério da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASEMS

livro12VANESSA.indd 363 2/21/aaaa 10:24:44

ANEXO II

DIRETRIZES OPERACIONAIS DO PACTO PELA SAÚDE EM 2006

CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais, tornando-se mais complexo e colocando os gestores a frente de desafios que busquem superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão.

Frente a esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde. O documento a seguir contempla o pacto firmado entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças locoregionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população a atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

A implantação desse Pacto, nas suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS - possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

livro12VANESSA.indd 364 2/21/aaaa 10:24:44

I – PACTO PELA VIDA

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

Saúde do idoso;

Controle do câncer de colo de útero e de mama;

Redução da mortalidade infantil e materna;

Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;

Promoção da Saúde;

Fortalecimento da Atenção Básica.

A – SAÚDE DO IDOSO

Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

1 - O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável;

Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;

Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

A implantação de serviços de atenção domiciliar;

O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;

livro12VANESSA.indd 365 2/21/aaaa 10:24:44

Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;

Fortalecimento da participação social;

Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;

Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;

Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

2 - Ações estratégicas:

Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.

Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.

Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.

Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.

Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.

livro12VANESSA.indd 366 2/21/aaaa 10:24:44

Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

B– CONTROLE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA:

1 - Objetivos e metas para o Controle do Câncer de Colo de Útero:

Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero, conforme protocolo, em 2006.

Incentivo da realização da cirurgia de alta freqüência técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de lesões ou parte do colo uterino comprometidas (com lesões intra-epiteliais de alto grau) com menor dano possível, que pode ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado, em 2006.

2 – Metas para o Controle do Câncer de mama:

Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.

Realizar a punção em 100% dos casos necessários, conforme protocolo.

C – REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL:

1 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil

Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.

Reduzir em 50% os óbitos por doença diarréica e 20% por pneumonia, em 2006.

Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes.

Criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006.

2 - Objetivos e metas para a redução da mortalidade materna

Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna, em 2006.

Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto.

Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.

livro12VANESSA.indd 367 2/21/aaaa 10:24:44

D – FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE DE RESPOSTAS ÀS DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENIASE, TUBERCULOSE, MALARIA E INFLUENZA.

1 - Objetivos e metas para o Controle da Dengue

Plano de Contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários, em 2006;

Reduzir a menos de 1% a infestação predial por Aedes aegypti em 30% dos municípios prioritários ate 2006;

2 - Meta para a Eliminação da Hanseníase:

Atingir o patamar de eliminação enquanto problema de saúde pública, ou seja, menos de 1 caso por 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários, em 2006.

3 - Metas para o Controle da Tuberculose:

Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano;

4- Meta para o Controle da Malária

Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006;

5 – Objetivo para o controle da Influenza

Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação - SIVEP-GRIPE, em 2006.

E – PROMOÇÃO DA SAÚDE

1 - Objetivos:

Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;

Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;

Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;

Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;

livro12VANESSA.indd 368 2/21/aaaa 10:24:44

Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006;

F – FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

1 - Objetivos

Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.

Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.

Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.

Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.

Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.

Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.

Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.

Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.

Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.

livro12VANESSA.indd 369 2/21/aaaa 10:24:44

II - PACTO EM DEFESA DO SUS

1 - Diretrizes

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

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

Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

2 - O Pacto em Defesa do SUS deve se firmar através de iniciativas que busquem:

A repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;

A Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;

A garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema;

3 – Ações do Pacto em Defesa do SUS:

As ações do Pacto em Defesa do SUS devem contemplar:

Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;

Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;

Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;

Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;

Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados;

livro12VANESSA.indd 370 2/21/aaaa 10:24:44

Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

III - PACTO DE GESTÃO

Estabelece Diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da 1 - Descentralização; 2 - Regionalização; 3 - Financiamento; 4 - Planejamento; 5 - Programação Pactuada e Integrada – PPI; 6 - Regulação; 7 - Participação Social; 8 - Gestão do Trabalho; 9 - Educação na Saúde.

A - DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO SUS

1 - Descentralização

Buscando aprofundar o processo de descentralização, com ênfase numa descentralização compartilhada, são fixadas as seguintes premissas, que devem orientar este processo:

Cabe ao Ministério da Saúde a proposição de políticas, participação no cofinanciamento, cooperação técnica, avaliação, regulação, controle e fiscalização, além da mediação de conflitos;

Descentralização dos processos administrativos relativos à gestão para as Comissões Intergestores Bipartite;

As Comissões Intergestores Bipartite são instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos intraestaduais e a definição de modelos organizacionais, a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite;

As deliberações das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite devem ser por consenso;

A Comissão Intergestores Tripartite e o Ministério da Saúde promoverão e apoiarão processo de qualificação permanente para as Comissões Intergestores Bipartite;

O detalhamento deste processo, no que se refere à descentralização de ações realizadas hoje pelo Ministério da Saúde, será objeto de portaria específica.

livro12VANESSA.indd 371 2/21/aaaa 10:24:44

2 - Regionalização

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR, o Plano Diretor de Investimento – PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI, detalhados no corpo deste documento.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, em cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender as necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual. No âmbito regional deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade. Deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

2.1- Objetivos da Regionalização:

Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;

Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a eqüidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;

livro12VANESSA.indd 372 2/21/aaaa 10:24:45

Garantir a integralidade na atenção a saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema;

Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região;

Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

- Regiões de Saúde

As Regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura 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, eqüidade e integralidade do cuidado;

A organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social;

Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre todos os gestores envolvidos, do conjunto de responsabilidades não compartilhadas e das ações complementares;

O conjunto de responsabilidades não compartilhadas se refere à atenção básica e às ações básicas de vigilância em saúde, que deverão ser assumidas por cada município;

As ações complementares e os meios necessários para viabilizá-las deverão ser compartilhados e integrados a fim de garantir a resolutividade e a integralidade de acesso;

Os estados e a união devem apoiar os municípios para que estes assumam o conjunto de responsabilidades;

livro12VANESSA.indd 373 2/21/aaaa 10:24:45

O corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade;

Quando a suficiência em atenção básica e parte da média complexidade não forem alcançadas deverá ser considerada no planejamento regional a estratégia para o seu estabelecimento, junto com a definição dos investimentos, quando necessário;

O planejamento regional deve considerar os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com eqüidade no acesso;

Para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média, as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma Região em uma macrorregião;

O ponto de corte da média complexidade que deve estar na Região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado. Em alguns estados com mais adensamento tecnológico, a alta complexidade pode estar contemplada dentro de uma Região.

As regiões podem ter os seguintes formatos:

Regiões intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;

Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;

Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;

Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

Nos casos de regiões fronteiriças o Ministério da Saúde deve envidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos, na perspectiva de implementação do sistema de saúde e conseqüente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a constituição dessas Regiões e participando do colegiado de gestão regional.

livro12VANESSA.indd 374 2/21/aaaa 10:24:45

- Mecanismos de Gestão Regional

Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB;

O Colegiado de Gestão Regional se constitui num espaço de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva;

O Colegiado deve ser formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), sendo as suas decisões sempre por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados.

Nos casos onde as CIB regionais estão constituídas por representação e não for possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde deve ser pactuado um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados regionais.

O Colegiado deve instituir processo de planejamento regional, que defina as prioridades, as responsabilidades de cada ente, as bases para a programação pactuada integrada da atenção a saúde, o desenho do processo regulatório, as estratégias de qualificação do controle social, as linhas de investimento e o apoio para o processo de planejamento local.

O planejamento regional, mais que uma exigência formal, deverá expressar as responsabilidades dos gestores com a saúde da população do território e o conjunto de objetivos e ações que contribuirão para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, devendo as prioridades e responsabilidades definidas regionalmente estar refletidas no plano de saúde de cada município e do estado;

Os colegiados de gestão regional deverão ser apoiados através de câmaras técnicas permanentes que subsidiarão com informações e análises relevantes.

livro12VANESSA.indd 375 2/21/aaaa 10:24:45

- Etapas do Processo de Construção da Regionalização

- Critérios para a composição da Região de Saúde, expressa no PDR:

Contigüidade entre os municípios;

Respeito à identidade expressa no cotidiano social, econômico e cultural;

Existência de infra-estrutura de transportes e de redes de comunicação, que permita o trânsito das pessoas entre os municípios;

Existência de fluxos assistenciais que devem ser alterados, se necessário, para a organização da rede de atenção à saúde;

Considerar a rede de ações e serviços de saúde, onde:

Todos os municípios se responsabilizam pela atenção básica e pelas ações básicas de vigilância em saúde;

O desenho da região propicia relativo grau de resolutividade àquele território, como a suficiência em Atenção Básica e parte da Média Complexidade.

A suficiência está estabelecida ou a estratégia para alcançá-la está explicitada no planejamento regional, contendo, se necessário, a definição dos investimentos.

O desenho considera os parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala com eqüidade no acesso.

O desenho garante a integralidade da atenção e para isso as Regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, se necessário com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte de média e alta-complexidade na região ou na macroregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado.

- Constituição, Organização e Funcionamento do Colegiado de Gestão Regional:

A constituição do colegiado de gestão regional deve assegurar a presença de todos os gestores de saúde dos municípios que compõem a Região e da representação estadual.

livro12VANESSA.indd 376 2/21/aaaa 10:24:45

Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da Região de saúde, deve ser pactuado um cronograma de adequação, com o menor prazo possível, para a inclusão de todos os gestores nos respectivos colegiados de gestão regionais;

Constituir uma estrutura de apoio ao colegiado, através de câmara técnica e eventualmente, grupos de trabalho formados com técnicos dos municípios e do estado;

Estabelecer uma agenda regular de reuniões;

- O funcionamento do Colegiado deve ser organizado de modo a exercer as funções de:

Instituir um processo dinâmico de planejamento regional

Atualizar e acompanhar a programação pactuada integrada de atenção em saúde

Desenhar o processo regulatório, com definição de fluxos e protocolos

Priorizar linhas de investimento

Estimular estratégias de qualificação do controle social

Apoiar o processo de planejamento local

Constituir um processo dinâmico de avaliação e monitoramento regional

- Reconhecimento das Regiões

As Regiões Intramunicipais deverão ser reconhecidas como tal, não precisando ser homologadas pelas Comissões Intergestores.

As Regiões Intraestaduais deverão ser reconhecidas nas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para conhecimento e acompanhamento do MS.

As Regiões Interestaduais deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação da Comissão Intergestores Tripartite.

livro12VANESSA.indd 377 2/21/aaaa 10:24:45

As Regiões Fronteiriças deverão ser reconhecidas nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite e encaminhadas para homologação na Comissão Intergestores Tripartite.

O desenho das Regiões intra e interestaduais deve ser submetida a aprovação pelos respectivos Conselhos Estaduais de Saúde.

3 - Financiamento do Sistema Único de Saúde

- São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;

Redução das iniqüidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;

Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;

Financiamento de custeio com recursos federais constituído, organizados e transferidos em blocos de recursos;

O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo as especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;

As bases de cálculo que formam cada Bloco e os montantes financeiros destinados para os Estados, Municípios e Distrito Federal devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

- Os blocos de financiamento para o custeio são:

a) Atenção básica
b) Atenção de média e alta complexidade
c) Vigilância em Saúde
d) Assistência Farmacêutica
e) Gestão do SUS

a) Bloco de financiamento para a Atenção Básica

livro12VANESSA.indd 378 2/21/aaaa 10:24:45

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais comporão o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes: Piso da Atenção Básica e Piso da Atenção Básica Variável e seus valores serão estabelecidos em Portaria específica, com memórias de cálculo anexas.

O Piso de Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros, que agregam as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde;

Os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal.

O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde.

O PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias:

Saúde da Família;

Agentes Comunitários de Saúde;

Saúde Bucal;

Compensação de especificidades regionais

Fator de incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas

Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário

Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao Município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destina e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde;

O PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passam a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

Compensação de Especificidades Regionais é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do Estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais,

livro12VANESSA.indd 379 2/21/aaaa 10:24:45

podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

b) Bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade

Os recursos correspondentes ao financiamento dos procedimentos relativos à média e alta complexidade em saúde compõem o Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios.

Os recursos destinados ao custeio dos procedimentos pagos atualmente através do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC serão incorporados ao Limite Financeiro de cada Estado, Município e do Distrito Federal, conforme pactuação entre os gestores.

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC se destina, assim, ao custeio de procedimentos, conforme detalhado a seguir:

Procedimentos regulados pela CNRAC – Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade;

Transplantes;

Ações Estratégicas Emergenciais, de caráter temporário, implementadas com prazo pré-definido;

Novos procedimentos: cobertura financeira de aproximadamente seis meses, quando da inclusão de novos procedimentos, sem correlação à tabela vigente, até a formação de série histórica para a devida agregação ao MAC.

c) Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde

Os recursos financeiros correspondentes às ações de Vigilância em Saúde comporão o Limite Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal e representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Sanitária;

O Limite Financeiro da Vigilância em Saúde é composto por dois componentes: da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e o componente da Vigilância Sanitária em Saúde;

livro12VANESSA.indd 380 2/21/aaaa 10:24:45

O financiamento para as ações de vigilância sanitária deve consolidar a reversão do modelo de pagamento por procedimento, oferecendo cobertura para o custeio de ações coletivas visando garantir o controle de riscos sanitários inerentes ao objeto de ação, avançando em ações de regulação, controle e avaliação de produtos e serviços associados ao conjunto das atividades.

O Limite Financeiro de Vigilância em Saúde será transferido em parcelas mensais e o valor da transferência mensal para cada um dos Estados, Municípios e Distrito Federal, bem como o Limite Financeiro respectivo será estabelecido em Portaria específica e detalhará os diferentes componentes que o formam, com memórias de cálculo anexas.

Comporão ainda, o bloco do financiamento da Vigilância em Saúde – Sub-bloco Vigilância Epidemiológica, os recursos que se destinam às seguintes finalidades, com repasses específicos:

Fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II)

Campanhas de Vacinação

Incentivo do Programa DST/AIDS

Os recursos alocados tratados pela Portaria MS/GM nº 1349/2002, deverão ser incorporados ao Limite Financeiro de Vigilância em Saúde do Município quando o mesmo comprovar a efetiva contratação dos agentes de campo.

No Componente da Vigilância Sanitária, os recursos do Termo de Ajuste e Metas – TAM, destinados e não transferidos aos estados e municípios, nos casos de existência de saldo superior a 40% dos recursos repassados no período de um semestre, constituem um Fundo de Compensação em VISA, administrado pela ANVISA e destinado ao financiamento de gestão e descentralização da Vigilância Sanitária.

Em Estados onde o valor per cápita que compõe o TAM não atinge o teto orçamentário mínimo daquele Estado, a União assegurará recurso financeiro para compor o Piso Estadual de Vigilância Sanitária – PEVISA.

livro12VANESSA.indd 381 2/21/aaaa 10:24:45

d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

O Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica se organiza em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo:

Parte Fixa: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica para a Atenção Básica, transferido Municípios, Distrito Federal e Estados, conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios.

Parte Variável: valor com base per capita para ações de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

A parte variável do Componente Básico será transferida ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos Programas específicos.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos.

O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde e reúne:

Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leischmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

Programa de DST/AIDS (anti-retrovirais);

livro12VANESSA.indd 382 2/21/aaaa 10:24:45

Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;

Imunobiológicos;

Insulina;

O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional consiste em financiamento para aquisição e distribuição de medicamentos de dispensação excepcional, para tratamento de patologias que compõem o Grupo 36 – Medicamentos da Tabela Descritiva do SIA/SUS.

A responsabilidade pelo financiamento e aquisição dos medicamentos de dispensação excepcional é do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação e a dispensação, responsabilidade do Estado.

O Ministério da Saúde repassará aos Estados, mensalmente, valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, de acordo com as informações encaminhadas pelos Estados, com base nas emissões das Autorizações para Pagamento de Alto Custo – APAC.

O Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional será readequado através de pactuação entre os gestores do SUS, das diretrizes para definição de política para medicamentos de dispensação excepcional.

As Diretrizes a serem pactuadas na CIT, deverão nortear-se pelas seguintes proposições:

Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e nas diretrizes terapêuticas.

Definição de percentual para o co-financiamento entre gestor federal e gestor estadual;

Revisão periódica de valores da tabela;

Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

livro12VANESSA.indd 383 2/21/aaaa 10:24:46

e) Bloco de financiamento para a Gestão do Sistema Único de Saúde

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O financiamento deverá apoiar iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos:

Regulação, controle, avaliação e auditoria

Planejamento e Orçamento

Programação

Regionalização

Participação e Controle Social

Gestão do Trabalho

Educação em Saúde

Incentivo à Implementação de políticas específicas

Os recursos referentes a este Bloco serão transferidos fundo a fundo e regulamentados por portaria específica.

Financiamento para Investimentos

Os recursos financeiros de investimento devem ser alocados com vistas á superação das desigualdades de acesso e à garantia da integralidade da atenção à saúde.

Os investimentos deverão priorizar a recuperação, a re-adequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o Ministério da Saúde deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos:

Estímulo à Regionalização - Deverão ser priorizados projetos de investimentos que fortaleçam a regionalização do SUS, com base nas estratégicas nacionais e estaduais, considerando os PDI (Plano de Desenvolvimento Integrado) atualizados,

livro12VANESSA.indd 384 2/21/aaaa 10:24:46

o mapeamento atualizado da distribuição e oferta de serviços de saúde em cada espaço regional e parâmetros de incorporação tecnológica que compatibilizem economia de escala e de escopo com eqüidade no acesso.

Investimentos para a Atenção Básica - recursos para investimentos na rede básica de serviços, destinados conforme disponibilidade orçamentária, transferidos fundo a fundo para municípios que apresentarem projetos selecionados de acordo com critérios pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

4 - Planejamento no SUS

- O trabalho com o Planejamento no SUS deve seguir as seguintes diretrizes:

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

Este sistema de planejamento pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, necessidades e realidades de saúde locorregionais.

Como parte integrante do ciclo de gestão, o sistema de planejamento buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

No cumprimento da responsabilidade de coordenar o processo de planejamento se levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade, tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

livro12VANESSA.indd 385 2/21/aaaa 10:24:46

- Objetivos do Sistema de Planejamento do SUS:

Pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e o elenco dos instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;

Formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;

Promover a análise e a formulação de propostas destinadas a adequar o arcabouço legal no tocante ao planejamento no SUS;

Implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;

Desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;

Promover a institucionalização e fortalecer as áreas de planejamento no âmbito do SUS, nas três esferas de governo, com vistas a legitimá-lo como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e ou redirecionamento;

Promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento no SUS;

Promover a eficiência dos processos compartilhados de planejamento e a eficácia dos resultados, bem como da participação social nestes processos;

Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS, bem como a sua intersetorialidade, de forma articulada com as diversas etapas do ciclo de planejamento;

Monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

livro12VANESSA.indd 386 2/21/aaaa 10:24:46

- Pontos de pactuação priorizados para o Planejamento

Considerando a conceituação, caracterização e objetivos preconizados para o sistema de planejamento do SUS, configuram-se como pontos essenciais de pactuação:

Adoção das necessidades de saúde da população como critério para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Integração dos instrumentos de planejamento, tanto no contexto de cada esfera de gestão, quanto do SUS como um todo;

Institucionalização e fortalecimento do Sistema de Planejamento do SUS, com adoção do processo planejamento, neste incluído o monitoramento e a avaliação, como instrumento estratégico de gestão do SUS;

Revisão e adoção de um elenco de instrumentos de planejamento – tais como planos, relatórios, programações – a serem adotados pelas três esferas de gestão, com adequação dos instrumentos legais do SUS no tocante a este processo e instrumentos dele resultantes;

Cooperação entre as três esferas de gestão para o fortalecimento e a eqüidade no processo de planejamento no SUS.

5 - Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referencia entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

As principais diretrizes norteadoras do processo de programação pactuada são:

A programação deve estar inserida no processo de planejamento e deve considerar as prioridades definidas nos planos de saúde em cada esfera de gestão;

livro12VANESSA.indd 387 2/21/aaaa 10:24:46

Os gestores estaduais e municipais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados nacional e estadualmente.

A programação é realizada prioritariamente, por áreas de atuação a partir das ações básicas de saúde para compor o rol de ações de maior complexidade;

A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação das ações que não estão organizadas por áreas de atuação, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;

A programação da assistência devera buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;

Os recursos financeiros das três esferas de governo devem ser visualizados na programação.

O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;

A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações de fluxo no atendimento ao usuário; de oferta de serviços; na tabela de procedimentos; e no teto financeiro, dentre outras.

A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação física financeira dos estabelecimentos de saúde.

A programação pactuada e integrada deve guardar relação com o desenho da regionalização naquele estado.

6 - Regulação da Atenção à Saúde e Regulação Assistencial

Para efeitos destas diretrizes, serão adotados os seguintes conceitos:

Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreen-

livro12VANESSA.indd 388 2/21/aaaa 10:24:46

dem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.

Contratação - o conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

Complexos Reguladores - uma das estratégias de Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.

Auditoria Assistencial ou clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

Como princípios orientadores do processo de regulação, fica estabelecido que:

Cada prestador responde apenas a um gestor;

A regulação dos prestadores de serviços deve ser preferencialmente do município conforme desenho da rede da assistência pactuado na CIB, observado o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto e os seguintes princípios:

da descentralização, municipalização e comando único;
da busca da escala adequada e da qualidade;
considerar a complexidade da rede de serviços locais;
considerar a efetiva capacidade de regulação;

livro12VANESSA.indd 389 2/21/aaaa 10:24:46

considerar o desenho da rede estadual da assistência;
a primazia do interesse e da satisfação do usuário do SUS.

A regulação das referencias intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes;

A operação dos complexos reguladores no que se refere a referencia intermunicipal deve ser pactuada na CIB, podendo ser operada nos seguintes modos:

Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.

Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.

Pelo gestor municipal com co-gestão do estado e representação dos municípios da região;

Modelos que diferem do item 'd' acima devem ser pactuados pela CIB e homologados na CIT.

São metas para este Pacto, no prazo de um ano:

Contratualização de todos os prestadores de serviço;

Colocação de todos os leitos e serviços ambulatoriais contratualizados sob regulação;

Extinção do pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.

7 - Participação e Controle Social

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), e é parte fundamental deste pacto.

- As ações que devem ser desenvolvidas para fortalecer o processo de participação social, dentro deste pacto são:

livro12VANESSA.indd 390 2/21/aaaa 10:24:46

Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros;

Estimular a participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS;

Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS;

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do pacto;

8 - Gestão do Trabalho

- As diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS são as seguintes:

A política de recursos humanos para o SUS é um eixo estruturante e deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores de saúde, o tratamento dos conflitos, a humanização das relações de trabalho;

Estados, Municípios e União são entes autônomos para suprir suas necessidades de manutenção e expansão dos seus próprios quadros de trabalhadores de saúde;

O Ministério da Saúde deve formular diretrizes de cooperação técnica para a gestão do trabalho no SUS;

Desenvolver, pelas três esferas de gestão, estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

As Diretrizes para Planos de Cargos e Carreira do SUS devem ser um instrumento que visa regular as relações de trabalho e o desenvolvimento do trabalhador, bem como a consolidação da carreira como instrumento estratégico para a política de recursos humanos no Sistema;

livro12VANESSA.indd 391 2/21/aaaa 10:24:46

Promover relações de trabalho que obedeçam a exigências do princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho;

Desenvolver ações voltadas para a adoção de vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, nas três esferas de governo, com o apoio técnico e financeiro aos Municípios, pelos Estados e União, conforme legislação vigente;

Os atores sociais envolvidos no desejo de consolidação dos SUS atuarão solidariamente na busca do cumprimento deste item, observadas as responsabilidades legais de cada segmento;

Estimular processos de negociação entre gestores e trabalhadores através da instalação de Mesas de Negociação junto às esferas de gestão estaduais e municipais do SUS;

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde;

- Serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS:

Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional e estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este Componente, Estados, Capitais, Distrito Federal e nos Municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas secretarias estaduais e municipais de saúde;

Capacitação de Recursos Humanos para a Gestão do Trabalho no SUS - Esse componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio das estruturas formadoras existentes;

livro12VANESSA.indd 392 2/21/aaaa 10:24:46

Sistema Gerencial de Informações - Esse componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

9 - Educação na Saúde

- As diretrizes para o trabalho na Educação na Saúde são:

Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades;

Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas;

Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente;

Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo;

Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a conseqüente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS;

Centrar, o planejamento, programação e acompanhamento das atividades educativas e conseqüentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde;

livro12VANESSA.indd 393 2/21/aaaa 10:24:47

Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e controle social e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

IV - RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Este capítulo define as Responsabilidades Sanitárias e atribuições do Município, do Distrito Federal, do Estado e da União. A gestão do Sistema Único de Saúde é construída de forma solidária e cooperada, com apoio mútuo através de compromissos assumidos nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT).

Algumas responsabilidades atribuídas aos municípios devem ser assumidas por todos os municípios. As outras responsabilidades serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

No que se refere às responsabilidades atribuídas aos estados devem ser assumidas por todos eles.

Com relação à gestão dos prestadores de serviço fica mantida a normatização estabelecida na NOAS SUS 01/2002. As referências na NOAS SUS 01/2002 às condições de gestão de estados e municípios ficam substituídas pelas situações pactuadas no respectivo Termo de Compromisso de Gestão.

RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

<u>– MUNICÍPIOS</u>

Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;

Todo município deve:

livro12VANESSA.indd 394 2/21/aaaa 10:24:47

garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo estado ou pela união;

com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;

desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

livro12VANESSA.indd 395 2/21/aaaa 10:24:47

organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;

garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.

– ESTADOS

Responder, solidariamente com municípios, Distrito Federal e união, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;

livro12VANESSA.indd 396 2/21/aaaa 10:24:47

Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes;

Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;

Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;

Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;

Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar e executar e as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;

livro12VANESSA.indd 397 2/21/aaaa 10:24:47

Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;

Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;

Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

– DISTRITO FEDERAL

Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;

Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;

livro12VANESSA.indd 398 2/21/aaaa 10:24:47

Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;

Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pela união;

Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;

Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;

Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;

Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;

Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;

Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

livro12VANESSA.indd 399 2/21/aaaa 10:24:47

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;

Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;

Assumir a gestão e a gerência de unidades públicas de hemonúcleos / hemocentros e elaborar normas complementares para a organização e funcionamento desta rede de serviço.

– UNIÃO

Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso;

Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

livro12VANESSA.indd 400 2/21/aaaa 10:24:47

Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;

Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;

Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

livro12VANESSA.indd 401 2/21/aaaa 10:24:47

Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

– MUNICÍPIOS

Todo município deve:

contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais.

participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

livro12VANESSA.indd 402 2/21/aaaa 10:24:47

Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.

– ESTADOS

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.

– DISTRITO FEDERAL

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;

Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;

Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;

livro12VANESSA.indd 403 2/21/aaaa 10:24:48

Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;

Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.

– UNIÃO

Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;

Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a eqüidade inter-regional e interestadual;

Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

– MUNICÍPIOS

Todo município deve:

formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano de saúde e submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

livro12VANESSA.indd 404 2/21/aaaa 10:24:48

formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;

operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; e quando couber, os sistemas: Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;

elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

– ESTADOS

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

livro12VANESSA.indd 405 2/21/aaaa 10:24:48

Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;

Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.

– DISTRITO FEDERAL

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano estadual de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal;

Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;

Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;

Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação: Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação – SINAN, Sistema

livro12VANESSA.indd 406 2/21/aaaa 10:24:48

de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI, Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informação Ambulatorial - SIA e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde – CNES; Sistema de Informação Hospitalar – SIH e Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;

Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;

Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual l de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde.

– UNIÃO

Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executá-la, conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;

Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

livro12VANESSA.indd 407 2/21/aaaa 10:24:48

Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;

adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;

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

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

livro12VANESSA.indd 408 2/21/aaaa 10:24:48

Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida, realizando a co-gestão com o Estado e outros Municípios, das referências intermunicipais.

Executar o controle do acesso do seu munícipe aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;

Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;

livro12VANESSA.indd 409 2/21/aaaa 10:24:48

Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu território.

– ESTADOS

Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;

Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;

Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;

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

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

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;

livro12VANESSA.indd 410 2/21/aaaa 10:24:48

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;

Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;

Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;

Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;

Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;

Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;

Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

livro12VANESSA.indd 411 2/21/aaaa 10:24:48

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Avaliar e auditar os sistemas de saúde municipais de saúde;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;

Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.

– DISTRITO FEDERAL

Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;

Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;

Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;

Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;

livro12VANESSA.indd 412 2/21/aaaa 10:24:48

Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;

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

Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;

Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;

Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas

Executar o controle do acesso do seu usuário aos leitos disponíveis, às consultas, terapias e exames especializados, disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação;

Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais; processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e realizar o pagamento dos prestadores de serviços;

Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;

Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;

Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;

Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;

Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;

livro12VANESSA.indd 413 2/21/aaaa 10:24:49

Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;

Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;

Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;

Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;

Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.

– UNIÃO

Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

livro12VANESSA.indd 414 2/21/aaaa 10:24:49

Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;

Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando–os na utilização dos mesmos;

Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais.

RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

livro12VANESSA.indd 415 2/21/aaaa 10:24:49

promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão local;

Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

– ESTADOS

Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de política referente aos recursos humanos descentralizados;

Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;

livro12VANESSA.indd 416 2/21/aaaa 10:24:49

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

– DISTRITO FEDERAL

Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;

Implementar espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente;

Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS – PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

– UNIÃO

Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes à força de trabalho descentralizada;

livro12VANESSA.indd 417 2/21/aaaa 10:24:49

Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;

Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;

Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;

apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

livro12VANESSA.indd 418 2/21/aaaa 10:24:49

As responsabilidades a seguir serão atribuídas de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

– ESTADOS

Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;

Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;

Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;

– DISTRITO FEDERAL

Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;

livro12VANESSA.indd 419 2/21/aaaa 10:24:49

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;

Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;

Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;

Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;

Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;

Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;

Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;

– UNIÃO

Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

livro12VANESSA.indd 420 2/21/aaaa 10:24:49

Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção;

RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

- MUNICÍPIOS

Todo município deve:

apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;

estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

A responsabilidade a seguir será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal

Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

– ESTADOS

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

livro12VANESSA.indd 421 2/21/aaaa 10:24:49

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.

– DISTRITO FEDERAL

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;

Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais

- UNIÃO

livro12VANESSA.indd 422 2/21/aaaa 10:24:49

Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

Apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde;

Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

V - IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

A - PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

Para a implantação destes Pactos ficam acordados os seguintes pontos:

A implantação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas, pactuadas na CIT.

Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normatização específica, contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida, referidas no item I deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, constantes do item III e os indicadores de monitoramento.

livro12VANESSA.indd 423 2/21/aaaa 10:24:49

Os Termos de Compromisso de Gestão devem ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde.

Nos Termos de Compromisso de Gestão Estadual e Municipal, podem ser acrescentadas as metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação;

Anualmente, no mês de março, devem ser revistas as metas, os objetivos e os indicadores do Termo de Compromisso de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em portaria específica.

Fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/– 96 e na NOAS SUS 2002.

Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002.

B - PROCESSO DE MONITORAMENTO

O processo de monitoramento dos Pactos deve seguir as seguintes diretrizes:

Ser um processo permanente, de cada ente com relação ao seu próprio âmbito, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da união com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

Estabelecer um processo de monitoramento dos cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão;

Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

livro12VANESSA.indd 424 2/21/aaaa 10:24:50

A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

VI - DIREÇÃO E ARTICULAÇÃO DO SUS

A direção do SUS, em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do poder executivo e pelo respectivo Conselho de Saúde, nos termos das Leis Nº 8.080/90 e Nº 8.142/1990.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do Sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite - CIT e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB, que pactuarão sobre a organização, direção e gestão da saúde.

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, sendo um espaço tripartite para a elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente é a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. Um dos representantes dos municípios é, necessariamente, o Secretário de Saúde da Capital. Como parte do processo de constituição das regiões de saúde devem ser constituídos Colegiados de Gestão Regionais.

A definição sobre o número de membros de cada CIB deve considerar as diferentes situações de cada estado, como número de municípios, número de regiões de saúde, buscando a maior representatividade possível.

As decisões da CIB e CIT serão tomadas sempre por consenso.

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB serão formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

livro12VANESSA.indd 425 2/21/aaaa 10:24:50

As decisões das Comissões Intergestores que versarem sobre matéria da esfera de competência dos Conselhos de Saúde deverão ser submetidas à apreciação do Conselho respectivo.

livro12VANESSA.indd 426 2/21/aaaa 10:24:50

TEXTO 18

PACTO PELA SAÚDE 2006 - PORTARIA GM/MS N. 699 DE 30 DE MARÇO DE 2006 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 3 DE ABRIL DE 2006)

REGULAMENTA AS DIRETRIZES OPERACIONAIS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, instituídas pela portaria nº399/GM de 22 de fevereiro de 2006, alteram várias dimensões do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, necessitando de normatizações específicas para sua regulamentação;

Considerando que a implementação dos Pactos pela Vida e de Gestão, enseja uma revisão normativa em várias áreas que serão regulamentadas em portarias específicas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal são os documentos de formalização do Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão;

Considerando que a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal é a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade;

Considerando que os Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal, Estadual e Federal substituem o atual processo de habilitação,

RESOLVE:

Art. 1º Regulamentar a implementação das Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seus desdobramentos para o processo de gestão do SUS bem como a transição e o monitoramento dos Pactos, unificando os processos de pactuação de indicadores e metas.

livro12VANESSA.indd 427 2/21/aaaa 10:24:50

Art. 2º Estabelecer que as responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, as metas e objetivos do Pacto pela Vida, que definem as prioridades dos três gestores para o ano em curso e os indicadores de monitoramento, que integram os diversos processos de pactuação de indicadores existentes serão afirmadas publicamente por meio dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo I), Estadual (Anexo II), do Distrito Federal (Anexo III), e Federal (Anexo IV).

§ 1º A unificação total dos processos de pactuação de indicadores existentes dar-se-á no ano de 2007. Para o ano de 2006 continuam em separado o Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, com a pactuação no Termo de Compromisso de Gestão das metas do Pacto pela Vida e de alguns indicadores para orientar o monitoramento global dos Pactos.

§ 2º Nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do Distrito Federal e Estadual podem ser acrescentadas outras metas municipais, regionais e estaduais, conforme pactuação.

§ 3º As metas nacionais servem de referência para a pactuação das metas municipais, estaduais e do DF, no que se refere às prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida.

§ 4º Deverá constar no verso dos documentos dos Termos de Compromisso de Gestão um glossário para facilitar sua compreensão.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão terá os seguintes Anexos, que ficam instituídos conforme respectivos modelos:

I - Extrato do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, quando couber – Anexo V;

II - A Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal – Anexo VI;

III - O Termo do Limite Financeiro Global do Município e do Estado e do DF – Anexo VII; e

IV - Relatório dos Indicadores de Monitoramento, a ser implantado a partir de 2007.

livro12VANESSA.indd 428 2/21/aaaa 10:24:51

Art. 3º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos, cujo conteúdo será pactuado entre Ministério da Saúde, Conass e Conasems em portaria específica, é destinado à formalização da relação entre gestores quando unidades públicas prestadoras de serviço, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada esfera administrativa e gestão de outra.

§ 1º O Termo de Cooperação entre Entes Públicos deve conter as metas e um plano operativo do acordo.

§ 2º As unidades públicas prestadoras de serviço devem, preferencialmente, receber os recursos de custeio correspondentes à realização das metas pactuadas no plano operativo e não por produção.

§ 3º A transferência de recursos, objeto do Termo de Cooperação entre Entes Públicos, deverá ser feita conforme pactuação.

Art. 4º Estabelecer que a Declaração da CIB de Comando Único do Sistema pelo Gestor Municipal é o documento que explicita a gestão dos estabelecimentos de saúde situados no território de um determinado município.

Art. 5º Estabelecer que o Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do Distrito Federal refere-se aos recursos federais de custeio, referentes àquela unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco.

§ 1º No Termo do Limite Financeiro Global do Município, no que se refere ao Bloco da Média e Alta Complexidade, serão discriminados os recursos para a população própria e os relativos à população referenciada.

§ 2º Os recursos relativos ao Termo do Limite Financeiro Global do Município, do Estado e do DF serão transferidos pelo Ministério da Saúde, de forma regular e automática, ao respectivo Fundo de Saúde, excetuando os recursos transferidos diretamente às unidades universitárias federais e aqueles previstos no Termo de Cooperação entre Entes Públicos.

§ 3º O Termo do Limite Financeiro Global do Município deverá explicitar também os recursos de custeio próprios das esferas municipal e estadual. Caso não seja possível explicitá-los por blocos, deverá ser informado apenas o total do recurso.

livro12VANESSA.indd 429 2/21/aaaa 10:24:51

Art. 6º Estabelecer que o Relatório de Indicadores de Monitoramento será gerado por um sistema informatizado, a ser implantado a partir de 2007, será um Anexo do Termo de Compromisso de Gestão.

Parágrafo único. Permanece em vigor, no ano de 2006, a pactuação de indicadores nos processos específicos do Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada Integrada da Vigilância em Saúde /PPI-VS, conforme disposto no § 1º do art. 2º, aos quais será acrescido um grupo de indicadores cuja pactuação dar-se-á no próprio instrumento do Termo de Compromisso de Gestão, não gerando assim o Relatório de Indicadores de Monitoramento, neste ano.

Art. 7º Estabelecer normas para a definição, alteração e suspensão dos valores do Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal:

I - A alocação do recurso referente ao Bloco Financeiro de Média e Alta Complexidade da Assistência será definido de acordo com a Programação Pactuada e Integrada - PPI;

II - A alteração no valor do recurso Limite Financeiro Global do Município, Estado e Distrito Federal, deve ser aprovada na Comissão Intergestores Bipartite – CIB e encaminhada ao MS para publicação; e

III - As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para estados, DF e municípios serão suspensas nas seguintes situações:

a) não pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, exceto as situações excepcionais devidamente justificadas;

b) falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no prazo de um ano; e

c) indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do município, DF ou estado envolvido.

livro12VANESSA.indd 430 2/21/aaaa 10:24:51

Art. 8º Estabelecer que a construção dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal deve ser um processo de negociação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos:

I - Gestores municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Municipal;

II - Gestores estadual e federal para o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e do DF;

III - Gestores federal, municipal e estadual para o Termo de Compromisso de Gestão Federal;

IV - O Ministério da Saúde apoiará a negociação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, junto ao município e estado, quando solicitado;

V - Os gestores municipais devem acompanhar o processo de construção do Termo Estadual; e

VI - Os gestores municipais e estaduais devem acompanhar o processo de construção do Termo Federal.

§ 1º Os Municípios, Estados e DF que não apresentarem condições de assumir integralmente as responsabilidades atribuídas a todos no Termo de Compromisso de Gestão na data de sua assinatura devem pactuar um cronograma, parte integrante do referido Termo de Compromisso, com vistas a assumi-las. As outras responsabilidades atribuídas aos municípios serão pactuadas e estabelecido o cronograma, quando necessário.

§ 2º As ações necessárias para apoiar os municípios e/ou o estado para a consecução do cronograma referido no §1º, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser expressas nos respectivos Planos de Saúde;

§ 3º O Termo de Compromisso de Gestão Municipal deve ser construído em sintonia com o Plano Municipal de Saúde, em negociação com o estado e municípios da sua região de saúde.

§ 4º O Termo de Compromisso de Gestão Estadual deve ser construído em sintonia com o Plano Estadual de Saúde, em negociação com o gestor federal e representante dos gestores municipais de saúde, na CIB.

§ 5º O Termo de Compromisso de Gestão do DF deve ser construído em sintonia com o seu Plano de Saúde, em negociação com o gestor federal.

livro12VANESSA.indd 431 2/21/aaaa 10:24:51

§ 6º O Termo de Compromisso de Gestão Federal deve ser construído em sintonia com o Plano Nacional de Saúde, em negociação com representantes dos gestores estaduais e municipais, na CIT.

§ 7º Anualmente, no mês de março, serão revistas as metas, objetivos e indicadores dos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, do DF, Estadual e Federal.

Art. 9º Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Municipal:

I - Aprovação no Conselho Municipal de Saúde;
II - Encaminhamento para a CIB;
III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Extrato do Termo de Compromisso de Gestão Municipal (Anexo VIII), juntamente com o Extrato do Termo de Compromisso entre Entes Públicos (Anexo V), quando couber; a Declaração da CIB de Comando Único do Gestor Municipal(Anexo VI), observada a pactuação estabelecida; o Termo do Limite Financeiro Global do Município (Anexo
VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;
IV - Após receber os documentos a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e
V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Municipal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 10 Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Estadual:

I - Aprovação no Conselho Estadual de Saúde;
II - Encaminhamento para a CIB;
III - Após pactuação na CIB, a Secretaria Estadual de Saúde encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão Estadual (Anexo
II), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do Estado (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;
IV - Após receber os documentos, a CIB e a CIT terão o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e

livro12VANESSA.indd 432 2/21/aaaa 10:24:51

V - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item III para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão Estadual e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 11 Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal:

I - Aprovação no Conselho de Saúde do Distrito Federal.
II - Após aprovação no Conselho de Saúde do DF, a Secretaria de Saúde do DF encaminhará para a CIT o Termo de Compromisso de Gestão do DF (Anexo III), juntamente com o Termo do Limite Financeiro Global do DF (Anexo VII) e o Relatório dos Indicadores de Monitoramento;
III - Após receber os documentos, a CIT terá o prazo de 30 dias, a partir da data do protocolo, para se manifestar; e
IV - Após homologação na CIT, esta encaminhará os documentos citados no item II para o Ministério da Saúde, visando publicação de portaria contendo informações sobre o Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal e o Termo do Limite Financeiro Global, para subsidiar o processo de monitoramento.

Art. 12 Definir o fluxo para aprovação do Termo de Compromisso de Gestão Federal:

I - Aprovação no Conselho Nacional de Saúde; e
II - Encaminhamento do Termo de Compromisso de Gestão Federal (Anexo IV) para a CIT, que terá trinta dias para se posicionar;

Art. 13 Estabelecer as seguintes regras de transição:

I - As responsabilidades e prerrogativas de estados e municípios, habilitados nas condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 96 e pela NOAS SUS 01/2002, ficam mantidas até à assinatura do respectivo Termo de Compromisso de Gestão;
II - Os processos de habilitação de municípios conforme a NOAS SUS 01/2002 que já tenham sido pactuados nas respectivas CIB até à data de publicação desta portaria, poderão ser homologados pela CIT;
III - Os estados, Distrito Federal e municípios deverão assinar o respectivo Termo de Compromisso de Gestão até nove meses após a publicação desta portaria;

livro12VANESSA.indd 433 2/21/aaaa 10:24:51

IV - Apenas os estados, o Distrito Federal e os municípios que assinarem o Termo de Compromisso de Gestão farão jus às prerrogativas financeiras deste Pacto, tais como recursos para a gestão e regulação e terão prioridade para o recebimento dos recursos federais de investimentos, excetuando as emendas parlamentares e os vinculados a políticas específicas pactuadas. O MS poderá propor à CIT outros incentivos para os estados, Distrito Federal e municípios que assinaram o Termo de Compromisso de Gestão; e

V - Após o término do prazo será feita uma avaliação tripartite, pela CIT, sobre a situação dos estados e municípios que não assinaram o Termo de Compromisso de Gestão no prazo estabelecido.

Art. 14 O processo de monitoramento do Pacto deverá seguir as seguintes diretrizes:

I - Ser um processo permanente no âmbito de cada esfera de governo, dos estados com relação aos municípios do seu território, dos municípios com relação ao estado, dos municípios e estado com relação à União e da União com relação aos estados, municípios e Distrito Federal;

II - Ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso de Gestão;

III - Monitorar os cronogramas pactuados nas situações onde o município, estado e DF não tenham condições de assumir plenamente suas responsabilidades no momento da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão; e

IV - Desenvolver ações de apoio para a qualificação do processo de gestão.

Parágrafo Único. A operacionalização do processo de monitoramento deve ser objeto de regulamentação específica em cada esfera de governo, considerando as pactuações realizadas.

Art. 15 Definir regras e fluxos para os processos de recursos dos estados e municípios:

I - Definir que as instâncias de análise e decisão dos processos de recursos dos estados e municípios, relativos à pactuação entre gestores do SUS no que se refere à gestão e a aspectos operacionais de implantação das normas do SUS, são a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e a Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

§ 1º Enquanto é analisado o recurso no fluxo estabelecido, prevalece a decisão inicial que o gerou.

livro12VANESSA.indd 434 2/21/aaaa 10:24:51

§ 2º Definir o seguinte fluxo para os recursos de municípios:

I - Em caso de discordância em relação a decisões da CIB, os municípios poderão encaminhar recurso à própria CIB, com clara argumentação contida em exposição de motivos; e

II - permanecendo a discordância em relação à decisão da CIB quanto ao recurso, os municípios poderão encaminhar o recurso à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído;

III - A CIB e a CIT deverão observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias contados a partir da data do protocolo do recurso naqueles fóruns, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário; e

IV - Transcorrido o prazo mencionado no inciso III e sem a apreciação do recurso, os municípios poderão enviá-lo para a instância seguinte, definida neste artigo.

§ 3º Definir o seguinte fluxo para os recursos de estados:

I - Os estados poderão encaminhar os recursos, com clara argumentação contida em exposição de motivos, à Secretaria Técnica da CIT para análise, pela sua Câmara Técnica e encaminhamento ao plenário da CIT devidamente instruído; e

II - Em caso de discordância em relação à decisão da CIT, os estados poderão encaminhar novo recurso à própria CIT; e

III - A CIT deverá observar o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias, contados a partir da data do protocolo do recurso, para analisar, discutir e se posicionar sobre o tema, em plenário.

§ 4º A Câmara Técnica da CIT convocará o Grupo de Trabalho de Gestão do SUS, para analisar a admissibilidade do recurso e instruir o processo para o seu envio ao plenário da CIT.

§ 5º Os recursos deverão ser protocolados na Secretaria Técnica da CIT até 10 (dez) dias antes da reunião da CIT, para que possam ser analisados pelo Grupo de Trabalho.

§ 6º Será considerado o cumprimento do fluxo estabelecido nesta Portaria para julgar a admissibilidade do recurso no plenário da CIT.

§ 7º As entidades integrantes da CIT podem apresentar recursos à CIT acerca de decisões tomadas nas CIB visando suspender temporariamente os efeitos dessas decisões enquanto tramitam os recursos.

livro12VANESSA.indd 435 2/21/aaaa 10:24:51

Art. 16. Esta portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17. Fica revogada a Portaria nº 1734/GM, de 19 de agosto de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 162, de 23 de agosto de

2004, seção 1, página 34.

SARAIVA FELIPE

livro12VANESSA.indd 436 2/21/aaaa 10:24:51

ANEXO I

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria Municipal de Saúde de XX, representada pelo seu Secretário Municipal de Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera municipal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Municipal de XX, por intermédio de sua Secretaria Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário Municipal da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Municipal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão municipal do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor municipal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º Nos casos em que não for possível assumir integralmente alguma responsabilidade constante deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o município passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Municipal de Saúde.

livro12VANESSA.indd 437 2/21/aaaa 10:24:51

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º O quadro identifica a situação do município, frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda", "Prazo para realizar" e "Não se aplica".

§ 2º Os itens que iniciam com a expressão "Todo município deve" indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município, não sendo possível a utilização da opção "Não se aplica".

§ 3º Nos itens que não iniciam com a expressão "Todo município deve", a responsabilidade será atribuída de acordo com o pactuado e/ou com a complexidade da rede de serviços localizada no território municipal.

§ 4º A opção "Não se aplica" deve ser marcada para as situações em que a complexidade do sistema local de saúde não permita a realização de uma dada responsabilidade ou em situação previamente pactuada.

§ 5º Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3 não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS que devem orientar as ações de todo município.

livro12VANESSA.indd 438 2/21/aaaa 10:24:51

RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
1 Todo município é responsável pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a união;				
1.2 Todo município deve garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:				
a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;				
b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;				
1.3 Todo município deve promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;				
1.4 Todo município deve participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;				
1.5 Todo município deve assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;				
1.6 Todo município deve assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando:				
a) as unidades próprias e				
b) as transferidas pelo estado ou pela união;				
1.7 Todo município deve, com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;				
1.8 Todo município deve desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:				
a) planejamento,				
b) regulação,				
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,				
d) monitoramento e avaliação;				
1.9 Todo município deve formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;				
1.10 Todo município deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:				
a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território,				
b) desenhando a rede de atenção à saúde				
c) e promovendo a humanização do atendimento;				
1.11 Todo município deve organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
.12 Todo município deve pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.13 Todo município que dispõe de serviços de referência intermunicipal, deve garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.14 Todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;				
1.15 Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.16 Todo município deve assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de: a) vigilância epidemiológica,				
b) vigilância sanitária e				
c) vigilância ambiental;				
1.17 Todo município deve elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional.				

livro12VANESSA.indd 439 2/21/aaaa 10:24:53

RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
2.1 Todo município deve contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;				
2.2 Todo município deve participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;				
2.3 Todo município deve participar dos colegiados de gestão regionais, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras. Nas CIB regionais constituídas por representação, quando não for possível a imediata incorporação de todos os gestores de saúde dos municípios da região de saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação, no menor prazo possível, para a inclusão de todos os municípios nos respectivos colegiados de gestão regionais.				
2.4 Todo município deve participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano municipal de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano diretor de investimento;				
2.5 Executar as ações de referência regional sob sua responsabilidade em conformidade com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde acordada nos colegiados de gestão regionais.				

RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
3.1 Todo município deve formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:				
a) o plano de saúde e				
b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.2 Todo município deve formular, no plano municipal de saúde, a política municipal de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;				
3.3 a) Todo município deve elaborar relatório de gestão anual,				
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.4 Todo município deve operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:				
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação SINAN,				
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI,				
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC,				
d) Sistema de Informação Ambulatorial SIA,				
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde CNES;e quando couber, os sistemas:				
f) Sistema de Informação Hospitalar SIH				
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;				
3.5 Todo município deve assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito local;				
3.6 Todo município deve elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano municipal de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;				
3.7 Gerir os sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.				

livro12VANESSA.indd 440 2/21/aaaa 10:24:55

RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
4.1 Todo município deve monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros provenientes de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;				
4.2 Todo município deve realizar a identificação dos usuários do SUS, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;				
4.3 Todo município deve monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;				
4.4 Todo município deve manter atualizado o Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;				
4.5 Todo município deve adotar protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais e estaduais;				
4.6 Todo município deve adotar protocolos de regulação de acesso, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, estaduais e regionais;				
4.7 Todo município deve controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo à solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;				
4.8 a) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde,				
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,				
c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e				
d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;				
4.9 Operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida,				
a) realizando a co-gestão com o estado e outros municípios, das referências intermunicipais.				
4.10 Executar o controle do acesso do seu munícipe no âmbito do seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação:				
a) aos leitos disponíveis,				
b) às consultas,				
c) às terapias e aos exames especializados;				
4.11 Planejar e executar a regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
4.12 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde e em conformidade com o planejamento e a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
4.13 Monitorar e fiscalizar os contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;				
4.14 Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;				
4.15 Monitorar e fiscalizar e o cumprimento dos critérios nacionais, estaduais e municipais de credenciamento de serviços;				
4.16 Implementar a avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos de saúde, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;				
4.17 Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial;				
4.18 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão;				
4.19 Elaborar normas técnicas, complementares às das esferas estadual e federal, para o seu				

livro12VANESSA.indd 441 2/21/aaaa 10:24:57

RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
5.1 Todo município deve promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações				
5.2 Todo município deve adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo				
5.3 Estabelecer, sempre que possível, espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores;				
5.4 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;				
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão local;				
5.6 Implementar e pactuar diretrizes para políticas de educação e gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito municipal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.				

RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
6.1 Todo município deve formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;				
6.2 Todo município deve promover diretamente ou em cooperação com o estado, com os municípios da sua região e com a união, processos conjuntos de educação permanente em saúde;				
6.3 Todo município deve apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde na formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;				
6.4 Todo município deve incentivar junto à rede de ensino, no âmbito municipal, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;				
6.5 Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;				
6.6 Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem.				

RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
7.1 Todo município deve apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;				
7.2 Todo município deve prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;				
7.3 Todo município deve organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Municipais de Saúde;				
7.4 Todo município deve estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;				
7.5 Todo município deve promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;				
7.6 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;				
7.7 Implementar ouvidoria municipal com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.				

livro12VANESSA.indd 442 2/21/aaaa 10:24:58

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, pactuado de forma tripartite, a ser implementado em cada município.

§ 1º Quando não for possível quantificar a meta de um dado objetivo, não será necessário o preenchimento respectivo no quadro de metas.

livro12VANESSA.indd 443 2/21/aaaa 10:24:59

PRIORIDADES	OBJETIVOS	METAS NACIONAL	META LOCAL 2006
1. Saúde do idoso	I. Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	II. Implantar Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	III. Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde.		
	IV. Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde.		
	V. Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.		
	VI. Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.		
	VII. Instituir a atenção domiciliar ao idoso. I. Desenvolver meios, em parceria com o estado, para incentivar a realização da cirurgia de alta freqüência em ambulatório.		
2. Controle do câncer do colo do útero e da mama	I. Desenvolver meios, em parceria com o estado, para incentivar a realização da cirurgia de alta freqüência em ambulatório.		
	II. Ampliar a cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80%	
	III. Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer da mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	60%	
	IV. Garantir a realização da punção para os casos necessários, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	100%	
3. Redução da mortalidade infantil e materna	I. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes.		
	II. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e/ou CIT.		
	III. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, quando couber.		
	IV. Reduzir a mortalidade neonatal.	5%	
	V. Reduzir os óbitos infantis por doença diarréica.	50%	
	VI. Reduzir os óbitos infantis por pneumonia.	20%	
	VII. Criar comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%	
	VIII. Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%	
4. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	I. Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários.	100%	
	II. Reduzir a < 1% a infestação predial por Aedes aegypti nos municípios prioritários.	< 1%	
	III. Eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários.	eliminar	
	IV. Curar casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.	85%	
	V. Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.	15%	
	VI. Implantar o plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE pelas capitais.	100%	
5. Promoção da saúde	I. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.		
	II. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo;		
	III. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;		
	IV. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;		
6. Fortalecimento da Atenção Básica	I. Assumir a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.		
	II. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.		
	III. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.		
	IV. Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.		
	V. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.		
	VI. Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS		
	VII. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.		
	VIII. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.		
	IX. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.		
7. Regulação da atenção e regulação assistencial	I. Contratualizar os prestadores de serviços sob sua gestão;	100%	
	II. Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados;	100%	
	III. Extinguir o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.	100%	

livro12VANESSA.indd 444 2/21/aaaa 10:25:01

CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.

Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de

preenchimento destes neste Termo.

livro12VANESSA.indd 445 2/21/aaaa 10:25:02

Quadro 1 Pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a saúde) / Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	SIOPS	PACTO PELA SAÚDE	Percentuais definidos na E C 29		
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPI)	PACTO PELA SAÚDE			(*) UF que não usam o SISPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia),	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100	PDR/SES	PACTO PELA SAÚDE			
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEP em parceria com a ENSP-FIOCRUZ.	PACTO PELA SAÚDE			*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

livro12VANESSA.indd 446 2/21/aaaa 10:25:03

Quadro 2 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Observações
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cérvico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	SISCAM	Pacto AB	10%	
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUS IBGE	Pacto AB	1,5 / habitante ano	

Quadro 3 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação PPI	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI / IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

livro12VANESSA.indd 447 2/21/aaaa 10:25:05

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento. CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente. E, por estar assim de acordo com as disposições deste, o Secretário Estadual de Saúde de XX firma o presente Termo de Compromisso de Gestão, Local e Data Secretário Estadual de Saúde de XX

ANEXO III

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO DO DISTRITO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma a Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal, representada pelo seu Secretário de Estado da Saúde, com o objetivo de pactuar e formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes ao Distrito Federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo do Distrito Federal, por intermédio de sua Secretaria de Estado da Saúde, inscrita no CNPJ sob n.º XX, neste ato representada por seu Secretário de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão do Distrito Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

livro12VANESSA.indd 448 2/21/aaaa 10:25:05

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor do Distrito Federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º. Nos casos em que não for possível assumir integralmente todas as responsabilidades constantes deste Termo, deve-se pactuar o cronograma, identificando o prazo no qual o Distrito Federal passará a exercê-la na sua plenitude.

§ 2º. As ações necessárias para a consecução deste cronograma, assim como para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem compor o Plano Estadual de Saúde do Distrito Federal.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DO DISTRITO FEDERAL.

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

§ 1º. O quadro identifica a situação do Distrito Federal frente ao conjunto das responsabilidades, para as condições de "Realiza", "Não realiza ainda" e "Prazo para realizar".

§ 2º. Nas Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS, os itens 1.1 e 1.3, não são passíveis de pactuação, visto expressarem princípios doutrinários do SUS, devendo orientar as ações do Distrito Federal.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
1.1 Responder, solidariamente com os municípios e a União, pela integralidade da atenção à saúde da população;				
1.2 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;				
1.3 Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;				
1.4 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;				
1.5 Apoiar técnica e financeiramente os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes;				

livro12VANESSA.indd 449 2/21/aaaa 10:25:06

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS (Continuação)

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
1.6 Apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, considerando os cenários epidemiológicos, as necessidades de saúde e a articulação regional, fazendo um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;				
1.7 a) Fazer reconhecimento das necessidades da população no âmbito estadual				
b) e cooperar técnica e financeiramente com os municípios, para que possam fazer o mesmo nos seus territórios;				
1.8 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:				
a) planejamento, b) regulação, c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde, d) monitoramento e avaliação;				
1.9 Coordenar o processo de configuração do desenho da rede de atenção à saúde, nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região;				
1.10 Organizar e pactuar com os municípios, o processo de referência intermunicipal das ações e serviços de média e alta complexidade a partir da atenção básica, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
1.11 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual;				
1.12 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;				
1.13 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.14 Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.15 Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde no município, comprometendo-se em cooperar para que o município assuma, no menor prazo possível, sua responsabilidade;				
1.16 Executar algumas ações de vigilância em saúde, em caráter permanente, mediante acordo bipartite e conforme normatização específica;				
1.17 Supervisionar as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde, coordenando aquelas que exigem ação articulada e simultânea entre os municípios;				
1.18 Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
1.19 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;				
1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;				
1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.				

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;				
2.2 Coordenar a regionalização em seu território, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIB;				
2.3 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;				
2.4 Participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;				
2.5 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;				
2.6 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras;				
2.7 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento.				

livro12VANESSA.indd 450 2/21/aaaa 10:25:07

3 RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:				
a) o plano estadual de saúde,				
b) submetendo-o à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;				
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite - CIB, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;				
3.3 a) Elaborar relatório de gestão anual,				
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;				
3.4 Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção à saúde, no âmbito estadual, regional e interestadual;				
3.5 Apoiar, acompanhar, consolidar e operar quando couber, no âmbito estadual e regional, a alimentação dos sistemas de informação, conforme normas do Ministério da Saúde;				
3.6 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises e apoiar os municípios naqueles de responsabilidade municipal.				

4 RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;				
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;				
4.3 Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos aos fundos municipais;				
4.4 Monitorar o cumprimento pelos municípios: dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, indicadores e metas do pacto de gestão, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da participação na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
4.5 Apoiar a identificação dos usuários do SUS no âmbito estadual, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;				
4.6 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde, bem como coordenar e cooperar com os municípios nesta atividade;				
4.7 Elaborar e pactuar protocolos clínicos e de regulação de acesso, no âmbito estadual, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;				
4.8 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia, quando couber;				
4.9 Operar a central de regulação estadual, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação municipais;				
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas;				
4.11 Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores municipais;				
4.12 Participar da co-gestão dos complexos reguladores municipais, no que se refere às referências intermunicipais;				
4.13 Operar os complexos reguladores no que se refere no que se refere à referencia intermunicipal, conforme pactuação;				
4.14 Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;				
4.15 Cooperar tecnicamente com os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços localizados no território municipal e vinculados ao SUS;				
4.16 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;				
4.17 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;				
4.18 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e em consonância com o processo de regionalização e coordenar este processo em relação aos municípios;				
4.19 Fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de serviços pelos prestadores;				
4.20 Monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeira definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;				
4.21 Fiscalizar e monitorar o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados;				

livro12VANESSA.indd 451 2/21/aaaa 10:25:10

4 RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA (Continuação)

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
4.22 a) Estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão;				
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais,				
c)monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;				
d) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e				
e) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;				
4.23 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;				
4.24 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;				
4.25 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;				
4.26 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e pelo gestor estadual;				
4.27 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;				
4.28 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;				
4.29 Avaliar e auditar os sistemas municipais de saúde;				
4.30 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, sob sua gestão e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.				
4.31 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.				

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
5.1 Promover e desenvolver políticas de gestão do trabalho, considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho;				
5.2 Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;				
5.3 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito estadual e regional;				
5.4 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os municípios na mesma direção;				
5.5 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito da gestão estadual;				
5.6 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito estadual, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.				

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
6.1 Formular, promover e apoiar a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma no âmbito estadual;				
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão estadual do SUS;				
6.3 Apoiar e fortalecer a articulação com os municípios e entre os mesmos, para os processos de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS;				
6.4 Articular o processo de vinculação dos municípios às referências para o seu processo de formação e desenvolvimento;				
6.5 Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;				
6.6 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;				
6.7 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito estadual;				

livro12VANESSA.indd 452 2/21/aaaa 10:25:12

7. RESPONSABILIDADE NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;				
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;				
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;				
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;				
7.5 Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;				
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;				
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;				
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.				

livro12VANESSA.indd 453 2/21/aaaa 10:25:13

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas, pactuado de forma tripartite, a ser implementado em cada município.

§ 1º Quando não for possível quantificar a meta de um dado objetivo, não será necessário o preenchimento respectivo no quadro de metas.

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
I - Saúde do idoso	I - Estimular a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme a sua disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	II - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso.		
	III - Estimular a implantação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, conforme a sua disponibilização pelo Ministério da Saúde.		
	IV - Apoiar os municípios para a reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, assim como estabelecer estratégias para o acolhimento à pessoa idosa nas unidades estaduais;		
	V - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica à saúde.		
	VI - Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica.		
	VII - Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar.		
	VIII - Apoiar os municípios na instituição da atenção domiciliar ao idoso.		
II - Controle do câncer do colo do útero e da mama	I - Apoiar os municípios e promover meios para a realização de exames preventivos do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80%	
	II - Desenvolver capacitação e estabelecer meios em parceria com os municípios para incentivar a realização da cirurgia de alta freqüência em ambulatório.		
	III - Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer de mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	60% +	
	IV - Apoiar os municípios e realizar, quando couber, a punção nos casos necessários, de acordo com o protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	100% % +	
III - Redução da mortalidade infantil e materna	I - Identificar, definir e realizar ações objetivando reduzir a mortalidade neonatal.		
	II - Reduzir os óbitos infantis por doença diarréica.	5% 50%	
	III - Reduzir os óbitos infantis por pneumonia	20%	
	IV - Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para aqualificação da atenção às doenças prevalentes.		
	V - Estimular a criação de comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes.	80%	
	VI - Reduzir a razão da mortalidade materna.	5%	
	VII Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e ou CIT.		
	VIII - Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades das maternidades e outros locais de parto.		

livro12VANESSA.indd 454 2/21/aaaa 10:25:14

CLÁUSULA TERCEIRA DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO (Continuação)

PRIORIDADE	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
IV - Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	I - Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nos municípios prioritários.	100%	
	II - Reduzir a < 1% a infestação predial por Aedes aegypti nos municípios prioritários.	30%	
	III - Apoiar os municípios e implantar ações para a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nos municípios prioritários.	100%	
	IV - Apoiar os municípios e implantar ações para a cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.	85%	
	V - Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal.	15%	
	VI - Implantar do plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE nos estados e capitais.	100%	
i - Promoção da saúde	I - Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação.	I	II
	IV - Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.	III	IV
	VII - Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.	V	VI
	X - Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável.	VII	VIII
xiv - Fortalecimento da Atenção Básica	XIII - Estimular e apoiar os municípios a assumirem a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.	IV	X
	XVI - Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.	XI	XII
	XIX - Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.	XIII	XIV
	VII - ArtiXXII - Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.cular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros.	XV	XVI
	XXV - Apoiar técnica e financeiramente os municípios para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;	XVII	XVIII
	XVIII - Participar do financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.	~~XIX~~ XIX	XX
	XXXI - Incentivar os municípios a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.	XXI	XXII
	XXIV - Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.	XXIII	XXIV
	XXVI - Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.	XXV	XXVI
xlii VII - Regulação da atenção e regulação assistencial	XL - Contratualizar os prestadores de serviços, sob sua gestão.	XXVII-100%	XXVIII
	XLIII - Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados.	XXIX-100%	XXX
	XLVI - Extinguir o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.	XXXI-100%	XXXII

livro12VANESSA.indd 455 2/21/aaaa 10:25:16

CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA, EM DEFESA DO SUS E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais.

Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

livro12VANESSA.indd 456 2/21/aaaa 10:25:16

Quadro 1 Pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas de governo para a saúde) / Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	SIOPS	PACTO PELA SAÚDE	Percentuais definidos na EC 29		
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPI)	PACTO PELA SAÚDE			(*) UF que não usam o SISPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados, a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos osMunicípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100	PDR/SES	PACTO PELA SAÚDE			
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS	PACTO PELA SAÚDE	100%		Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH eSIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEP em parceria com a ENSP-FIOCRUZ.	PACTO PELA SAÚDE			*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

Quadro 2 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cérvico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	SISCAM	Pacto AB	10%	
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUSIBGE	Pacto AB	1,5/habitante ano	

livro12VANESSA.indd 457 2/21/aaaa 10:25:18

Quadro 3 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS. Não é necessário o preenchimento do quadro abaixo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	PPI VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI /IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45% incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculose bacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		
Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo. O cronograma pactuado deve ser objeto permanente de acompanhamento.

livro12VANESSA.indd 458 2/21/aaaa 10:25:19

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

Este Termo de Compromisso de Gestão será publicado no Diário Oficial do Distrito Federal ou em instrumento correlato, conforme legislação vigente.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, firma o presente Termo de Compromisso de Gestão o Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal.

Local e Data

_____

Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal

livro12VANESSA.indd 459 2/21/aaaa 10:25:20

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma o Ministério da Saúde, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, com o objetivo de formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, inscrito no CNPJ sob n.º XX, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º As ações necessárias para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Nacional de Saúde.

livro12VANESSA.indd 460 2/21/aaaa 10:25:20

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DA UNIÃO

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
1.1 Responder, solidariamente com a união, pela integralidade da atenção à saúde da população;			
1.2 Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de:			
a) promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos;			
b) ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento às urgências;			
1.3 Promover a eqüidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;			
1.4 Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;			
1.5 Coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso de Gestão;			
1.6 Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território;			
1.7 Assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando:			
a) as unidades próprias			
b) e as transferidas pela união;			
1.8 Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;			
1.9 Realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do seu território;			
1.10 Identificar as necessidades da população do seu território, fazer um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos;			
1.11 Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de:			
a) planejamento,			
b) regulação,			
c) programação pactuada e integrada da atenção à saúde,			
d) monitoramento e avaliação;			
1.12Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas instâncias de pactuação;			
1.13 Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:			
a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território,			
b) desenhando a rede de atenção à saúde			
c) e promovendo a humanização do atendimento;			

livro12VANESSA.indd 461 2/21/aaaa 10:25:21

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS (Continuação)

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR
1.14 Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.15 Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com os estados envolvidos no âmbito regional, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.16 Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com a união, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.17 Garantir o acesso de serviços de referência de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;			
1.18 Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional;			
1.18 Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito do seu território, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas, compreendendo as ações de:			
a) vigilância epidemiológica,			
b) vigilância sanitária e			
c) vigilância ambiental;			
1.19 Executar e coordenar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;			
1.20 Coordenar, normatizar e gerir os laboratórios de saúde pública;			
1.21 Assumir a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica e a gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.			

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
2.1 Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;				
2.2 Coordenar o processo de organização, reconhecimento e atualização das regiões de saúde, conformando o plano diretor de regionalização;				
2.3 Apoiar técnica e financeiramente as regiões de saúde, promovendo a eqüidade inter-regional;				
2.4 Participar dos colegiados de gestão regional, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras, conforme pactuação estabelecida;				
2.5 Participar dos projetos prioritários das regiões de saúde, conforme definido no plano estadual de saúde, no plano diretor de regionalização, no planejamento regional e no plano regional de investimento;				
2.6 Propor e pactuar diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes, participando da sua constituição, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida.				

3 RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
3.1 Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo:				
a) o plano estadual de saúde e				
b) submetendo-o à aprovação do Conselho de Saúde correspondente;				
3.2 Formular, no plano estadual de saúde, a política estadual de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;				
a) Elaborar relatório de gestão anual,				
b) a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Estadual de Saúde;				
3.3 Operar os sistemas de informação epidemiológica e sanitária de sua competência, bem como assegurar a divulgação de informações e análises;				
3.4 Operar os sistemas de informação referentes à atenção básica, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, assumindo a responsabilidade pela gestão, no nível local, dos sistemas de informação:				
a) Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação SINAN,				
b) Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações - SI-PNI,				
c) Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos - SINASC,				
d) Sistema de Informação Ambulatorial - SIA,				

livro12VANESSA.indd 462 2/21/aaaa 10:25:23

3 RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO (Continuação)

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
d) Sistema de Informação Ambulatorial - SIA,				
e) e Cadastro Nacional de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde - CNES; e quando couber, os sistemas:				
f) Sistema de Informação Hospitalar - SIH				
g) e Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, bem como de outros sistemas que venham a ser introduzidos;				
3.5 Assumir a responsabilidade pela coordenação e execução das atividades de informação, educação e comunicação, no âmbito do seu território;				
3.6 Elaborar a programação da atenção à saúde, incluída a assistência e vigilância em saúde, em conformidade com o plano estadual de saúde, no âmbito da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde;				

4 RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
4.1 Elaborar as normas técnicas complementares à da esfera federal, para o seu território;				
4.2 Monitorar a aplicação dos recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo a fundo) e por convênios;				
4.3 Realizar a identificação dos usuários do SUS no âmbito do Distrito Federal, com vistas à vinculação de clientela e à sistematização da oferta dos serviços;				
4.4 Manter atualizado o cadastramento no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde no seu território, segundo normas do Ministério da Saúde;				
4.5 Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas em seu território, por intermédio de indicadores de desempenho, envolvendo aspectos epidemiológicos e operacionais;				
4.6 Elaborar e implantar protocolos clínicos, terapêuticos e de regulação de acesso, no âmbito do Distrito Federal, em consonância com os protocolos e diretrizes nacionais;				
4.7 Controlar a referência a ser realizada em outros estados, de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, procedendo a solicitação e/ou autorização prévia;				
4.8 Operar a central de regulação do Distrito Federal, para as referências interestaduais pactuadas, em articulação com as centrais de regulação estaduais e municipais;				
4.9 Implantar e operar o complexo regulador dos serviços presentes no seu território, de acordo com a pactuação estabelecida;				
4.10 Coordenar e apoiar a implementação da regulação da atenção pré-hospitalar às urgências de acordo com a regionalização e conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas				
4.11 Executar o controle do acesso do seu usuário aos serviços disponíveis no seu território, que pode ser feito por meio de centrais de regulação:				
a) aos leitos disponíveis,				
b) às consultas,				
c) às terapias e aos exames especializados;				
a) Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde; e				
b) observar as normas vigentes de solicitação e autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;				
c) processar a produção dos estabelecimentos de saúde próprios e contratados e d) realizar o pagamento dos prestadores de serviços;				
4.12 Monitorar e fiscalizar contratos e convênios com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;				
4.13 Elaborar contratos com os prestadores de acordo com a política nacional de contratação de serviços de saúde, em conformidade com o planejamento e a programação da atenção;				
4.14 Credenciar os serviços de acordo com as normas vigentes e com a regionalização;				
4.15 Monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios de Saúde;				
4.16 Monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas;				
4.17 Implementar avaliação das ações de saúde nos estabelecimentos, por meio de análise de dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;				
4.18 Monitorar e fiscalizar a execução dos procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;				
4.19 Supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse da saúde pública;				
4.20 Elaborar normas complementares para a avaliação tecnológica em saúde;				
4.21 Implementar auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, pública e privada, em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.				
4.22 Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão.				

livro12VANESSA.indd 463 2/21/aaaa 10:25:26

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
5.1 Desenvolver estudos quanto às estratégias e financiamento tripartite de política de reposição da força de trabalho descentralizada;				
5.2 Promover espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores, no âmbito do Distrito Federal e regional;				
5.3 Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário;				
5.4 Considerar as diretrizes nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários para o SUS - PCCS/SUS, quando da elaboração, implementação e/ou reformulação de Planos de Cargos e Salários no âmbito da gestão do Distrito Federal;				
5.5 Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito do Distrito Federal, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.				

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
6.1 Formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando no seu financiamento;				
6.2 Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente;				
6.3Articular e participar das políticas regulatórias e de indução de mudanças no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;				
6.4 Articular e cooperar com a construção e implementação de iniciativas políticas e práticas para a mudança na graduação das profissões de saúde, de acordo com as diretrizes do SUS;				
6.5 Articular e pactuar com o Sistema Estadual de Educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, cooperando com os demais gestores, para processos na mesma direção;				
6.6 Desenvolver ações e estruturas formais de educação técnica em saúde com capacidade de execução descentralizada no âmbito do Distrito Federal;				
6.7 Promover e articular junto às Escolas Técnicas de Saúde uma nova orientação para a formação de profissionais técnicos para o SUS, diversificando os campos de aprendizagem;				
6.8 Apoiar e promover a aproximação dos movimentos de educação popular em saúde da formação dos profissionais de saúde, em consonância com as necessidades sociais em saúde;				
6.9 Incentivar, junto à rede de ensino, a realização de ações educativas e de conhecimento do SUS;				

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

	REALIZA	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
7.1 Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;				
7.2 Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Estadual de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;				
7.3 Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Estaduais de Saúde;				
7.4 Estimular o processo de discussão e controle social no espaço regional;				
7.5 Apoiar o processo de formação dos conselheiros;				
7.6 Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;				
7.7 Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;				
7.8 Implementar ouvidoria estadual, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS, conforme diretrizes nacionais.				

livro12VANESSA.indd 464 2/21/aaaa 10:25:28

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, a ser implementado para o alcance das metas pactuadas.

livro12VANESSA.indd 465 2/21/aaaa 10:25:29

PRIORIDADES	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
Saúde do idoso	Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa dosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde. Implantar Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde. Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde. Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde. Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica. Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar. Instituir a atenção domiciliar ao idoso.		
Controle do câncer do colo do útero e da mama	Desenvolver meios para incentivar a realização da cirurgia de alta freqüência em ambulatório. Ampliar a cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS. Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer da mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS. Garantir a realização da punção para os casos necessários, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80% 60% 100%	
Redução da mortalidade infantil e materna	Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e/ou CIT. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, quando couber. Reduzir a mortalidade neonatal. Reduzir os óbitos infantis por doença diarréica. Reduzir os óbitos infantis por pneumonia. Criar comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes. Reduzir a razão da mortalidade materna.	5% 50% 20% 80% 5%	
Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nas áreas prioritárias. Reduzir a < 1% a infestação predial por Aedes aegypti nas áreas prioritárias. Eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nas áreas prioritárias. Curar casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano. Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal. Implantar o plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE pelas capitais.	100% 30% Eliminar 85% 15% 100%	
Promoção da saúde	Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo; Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros; Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;		
Fortalecimento da Atenção Básica	Assumir a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios. .Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços. Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.		
Regulação da atenção e regulação assistencial	Contratualizar os prestadores de serviços sob sua gestão; Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados; Extinguir o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.	100% 100% 100%	

livro12VANESSA.indd 466 2/21/aaaa 10:25:31

CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais. Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas degoverno para a saúde) /Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	SIOPS	PACTO PELA SAÚDE	Percentuais definidos na EC 29		
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPI)	PACTO PELA SAÚDE			(*) UF que não usam o SISPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS		100%		
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional	PDR/SES				
	implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100					
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS				Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEP em parceria com a ENSP-FIOCRUZ.				*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

livro12VANESSA.indd 467 2/21/aaaa 10:25:36

Quadro 2 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cérvico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames	SIS	Pacto AB	10%	
exames citopatológicos	citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	CAM			
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUS IBGE	Pacto AB	1,5 / habitante ano	

Quadro 3 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	PPI VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI /IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculosebacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		

livro12VANESSA.indd 468 2/21/aaaa 10:25:37

Quadro 3 - Continação

Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo de Compromisso de Gestão serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo será publicado no Diário Oficial da União.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, firma o presente Termo de Compromisso de Gestão o Ministro de Estado da Saúde.

Local e Data

_____

Ministro da Saúde

livro12VANESSA.indd 469 2/21/aaaa 10:25:38

ANEXO IV

TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO FEDERAL

Termo de Compromisso de Gestão que firma o Ministério da Saúde, representado pelo Ministro de Estado da Saúde, com o objetivo de formalizar a assunção das responsabilidades e atribuições inerentes à esfera federal na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde.

O Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, inscrito no CNPJ sob n.º XX, neste ato representado pelo Ministro de Estado da Saúde, (nome), (estado civil), portador da carteira de identidade n.º....., expedida por....., e inscrito no CPF sob o n.º....., considerando o que dispõe a Constituição Federal, em especial o seu artigo 196, as Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, celebra o presente Termo de Compromisso de Gestão Federal, formalizando os pactos constituídos e as responsabilidades da gestão estadual do Sistema Único de Saúde / SUS, frente ao disposto na Portaria MS nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que estabelece as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo de Compromisso de Gestão formaliza o Pacto pela Saúde nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão, contendo os objetivos e metas, as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor federal e os indicadores de monitoramento e avaliação desses Pactos.

§ 1º As ações necessárias para o alcance das metas e objetivos pactuados, devem ser contempladas no Plano Nacional de Saúde.

livro12VANESSA.indd 470 2/21/aaaa 10:25:38

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DA UNIÃO

As atribuições e responsabilidades sanitárias contidas neste Termo serão pactuadas mediante o preenchimento do quadro correspondente a cada um dos eixos, a saber: 1. Responsabilidades gerais da Gestão do SUS; 2. Regionalização;3. Planejamento e Programação; 4. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; 5. Gestão do Trabalho; 6. Educação na Saúde; 7. Participação e Controle Social.

1. RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS

1.1. Responder, solidariamente com os municípios, o Distrito Federal e os estados, pela integralidade da atenção à saúde da população;

1.2. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;

1.3. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;

1.4. Coordenar e acompanhar, no âmbito nacional, a pactuação e avaliação do Pacto de Gestão e Pacto pela Vida e seu Termo de Compromisso de Gestão;

1.5. Apoiar o Distrito Federal, os estados e conjuntamente com estes, os municípios, para que assumam integralmente as suas responsabilidades de gestores da atenção à saúde;

1.6. Apoiar financeiramente o Distrito Federal e os municípios, em conjunto com os estados, para que garantam a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica;

1.7. Prestar cooperação técnica e financeira aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o aperfeiçoamento das suas atuações institucionais na gestão da atenção básica;

1.8. Exercer de forma pactuada as funções de normatização e de coordenação no que se refere à gestão nacional da atenção básica no SUS;

livro12VANESSA.indd 471 2/21/aaaa 10:25:38

1.9. Identificar, em articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, as necessidades da população para o âmbito nacional, fazendo um reconhecimento das iniqüidades, oportunidades e recursos; e cooperar técnica e financeiramente com os gestores, para que façam o mesmo nos seus territórios;

1.10. Desenvolver, a partir da identificação de necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;

1.11. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos que estejam sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

1.12. Definir e pactuar as diretrizes para a organização das ações e serviços de média e alta complexidade, a partir da atenção básica;

1.13. Coordenar e executar as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de média e alta complexidade desta área, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

1.14. Coordenar, nacionalmente, as ações de prevenção e controle da vigilância em saúde que exijam ação articulada e simultânea entre os estados, Distrito Federal e municípios;

1.15. Proceder investigação complementar ou conjunta com os demais gestores do SUS em situação de risco sanitário;

1.16. Apoiar e coordenar os laboratórios de saúde pública – Rede Nacional de laboratórios de saúde Pública/RNLSP - nos aspectos relativos à vigilância em saúde;

1.17. Assumir transitoriamente, quando necessário, a execução das ações de vigilância em saúde nos estados, Distrito Federal e municípios, comprometendo-se em cooperar para que assumam, no menor prazo possível, suas responsabilidades;

1.18 Apoiar técnica e financeiramente os estados, o Distrito Federal e os municípios para que executem com qualidade as ações de vigilância em saúde, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

livro12VANESSA.indd 472 2/21/aaaa 10:25:38

1.19. Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde.

2. RESPONSABILIDADES NA REGIONALIZAÇÃO

2.1. Contribuir para a constituição e fortalecimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, assumindo os compromissos pactuados;

2.2. Coordenar o processo de regionalização no âmbito nacional, propondo e pactuando diretrizes e normas gerais sobre a regionalização, observando as normas vigentes e pactuações na CIT;

2.3. Cooperar técnica e financeiramente com as regiões de saúde, por meio dos estados e/ou municípios, priorizando as regiões mais vulneráveis, promovendo a eqüidade inter-regional e interestadual;

2.4. Apoiar e participar da constituição da regionalização, disponibilizando de forma cooperativa os recursos humanos, tecnológicos e financeiros, conforme pactuação estabelecida;

2.5. Fomentar a constituição das regiões de saúde fronteiriças, participando do funcionamento de seus colegiados de gestão regionais.

3 – RESPONSABILIDADES NO PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

3.1. Formular, gerenciar, implementar e avaliar o processo permanente de planejamento participativo e integrado, de base local e ascendente, orientado por problemas e necessidades em saúde, com a constituição de ações para a promoção, a proteção, a recuperação e a reabilitação em saúde, construindo nesse processo o plano nacional de saúde, submetendo-o à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

3.2. Formular, no plano nacional de saúde, e pactuar no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite – CIT, a política nacional de atenção em saúde, incluindo ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde;

3.3. Elaborar relatório de gestão anual, a ser apresentado e submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde;

livro12VANESSA.indd 473 2/21/aaaa 10:25:38

3.4. Formular, pactuar no âmbito a CIT e aprovar no Conselho Nacional de Saúde, a política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas e executála,

conforme pactuação com Estados e Municípios, por meio da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA;

3.5. Coordenar, acompanhar e apoiar os municípios, os estados e Distrito Federal na elaboração da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, no âmbito nacional;

3.6. Gerenciar, manter, e elaborar quando necessário, no âmbito nacional, os sistemas de informação, conforme normas vigentes e pactuações estabelecidas, incluindo aqueles sistemas que garantam a solicitação e autorização de procedimentos, o processamento da produção e preparação para a realização de pagamentos;

3.7. Desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária, bem como assegurar a divulgação de informações e análises.

4 – RESPONSABILIDADES NA REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

4.1. Cooperar tecnicamente com os estados, o Distrito Federal e os municípios para a qualificação das atividades de cadastramento, contratação, regulação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços vinculados ao SUS;

4.2. Monitorar e fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e por convênio aos fundos de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios;

4.3. Monitorar o cumprimento pelos estados, Distrito Federal e municípios dos planos de saúde, dos relatórios de gestão, da operação dos fundos de saúde, dos pactos de indicadores e metas, da constituição dos serviços de regulação, controle avaliação e auditoria e da realização da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;

4.4. Coordenar, no âmbito nacional, a estratégia de identificação dos usuários do SUS;

livro12VANESSA.indd 474 2/21/aaaa 10:25:39

4.5 Coordenar e cooperar com os estados, o Distrito Federal e os municípios no processo de cadastramento de Estabelecimentos e Profissionais de Saúde;

4.6. Definir e pactuar a política nacional de contratação de serviços de saúde;

4.7. Propor e pactuar os critérios de credenciamento dos serviços de saúde;

4.8. Propor e pactuar as normas de solicitação e autorização das internações e dos procedimentos ambulatoriais especializados, de acordo com as Políticas de Atenção Especializada;

4.9. Elaborar, pactuar e manter as tabelas de procedimentos enquanto padrão nacional de utilização dos mesmos e de seus preços;

4.10. Estruturar a política nacional de regulação da atenção à saúde, conforme pactuação na CIT, contemplando apoio financeiro, tecnológico e de educação permanente;

4.11. Estimular e apoiar a implantação dos complexos reguladores;

4.12. Cooperar na implantação e implementação dos complexos reguladores;

4.13. Coordenar e monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação interestaduais, garantindo o acesso às referências pactuadas;

4.14. Coordenar a construção de protocolos clínicos e de regulação de acesso nacionais, em parceria com os estados, o Distrito Federal e os municípios, apoiando–os na utilização dos mesmos;

4.15. Acompanhar, monitorar e avaliar a atenção básica, nas demais esferas de gestão, respeitadas as competências estaduais, municipais e do Distrito Federal;

4.16. Monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios, Distrito Federal, estados e pelo gestor federal, incluindo a permanente avaliação dos sistemas de vigilância epidemiológica e ambiental em saúde;

4.17. Normatizar, definir fluxos técnico-operacionais e supervisionar a rede de laboratórios públicos e privados que realizam análises de interesse em saúde pública;

livro12VANESSA.indd 475 2/21/aaaa 10:25:39

4.18. Avaliar o desempenho das redes regionais e de referências interestaduais;

4.19. Responsabilizar-se pela avaliação tecnológica em saúde;

4.20. Avaliar e auditar os sistemas de saúde estaduais e municipais;

5 - RESPONSABILIDADES NA GESTÃO DO TRABALHO

5.1. Promover, desenvolver e pactuar políticas de gestão do trabalho considerando os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, apoiando os gestores estaduais e municipais na implementação das mesmas;

5.2. Desenvolver estudos e propor estratégias e financiamento tripartite com vistas à adoção de políticas referentes aos recursos humanos descentralizados;

5.3. Fortalecer a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS como um espaço de negociação entre trabalhadores e gestores e contribuir para o desenvolvimento de espaços de negociação no âmbito estadual, regional e/ou municipal;

5.4. Adotar vínculos de trabalho que garantam os direitos sociais e previdenciários dos trabalhadores de saúde na sua esfera de gestão e de serviços, promovendo ações de adequação de vínculos, onde for necessário, conforme legislação vigente e apoiando técnica e financeiramente os estados e municípios na mesma direção;

5.5. Formular, propor, pactuar e implementar as Diretrizes Nacionais para Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS/SUS;

5.6. Propor e pactuar diretrizes para políticas de educação e de gestão do trabalho que favoreçam o provimento e a fixação de trabalhadores de saúde, no âmbito nacional, notadamente em regiões onde a restrição de oferta afeta diretamente a implantação de ações estratégicas para a atenção básica.

livro12VANESSA.indd 476 2/21/aaaa 10:25:39

6 - RESPONSABILIDADES NA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

6.1. Formular, promover e pactuar políticas de educação permanente em saúde, apoiando técnica e financeiramente estados e municípios no desenvolvimento das mesmas;

6.2. Promover a integração de todos os processos de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos à política de educação permanente, no âmbito da gestão nacional do SUS;

6.3. Propor e pactuar políticas regulatórias no campo da graduação e da especialização das profissões de saúde;

6.4. Articular e propor políticas de indução de mudanças na graduação das profissões de saúde;

6.5. Propor e pactuar com o sistema federal de educação, processos de formação de acordo com as necessidades do SUS, articulando os demais gestores na mesma direção.

7 - RESPONSABILIDADES NA PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

7.1. apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS;

7.2. Prover as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias ao funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, que deverá ser organizado em conformidade com a legislação vigente;

7.3. Organizar e prover as condições necessárias à realização de Conferências Nacionais de Saúde;

7.4. Apoiar o processo de formação dos Conselheiros de Saúde;

7.5. Promover ações de informação e conhecimento acerca do SUS, junto à população em geral;

7.6. Apoiar os processos de educação popular em saúde, com vistas ao fortalecimento da participação social do SUS;

7.7. Apoiar o fortalecimento dos movimentos sociais, aproximando-os da organização das práticas da saúde e com as instâncias de controle social da saúde;

livro12VANESSA.indd 477 2/21/aaaa 10:25:39

7.8 .Formular e pactuar a política nacional de ouvidoria e implementar o componente nacional, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS OBJETIVOS E METAS PRIORITÁRIAS DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Constitui um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos e metas derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, a ser implementado para o alcance das metas pactuadas.

livro12VANESSA.indd 478 2/21/aaaa 10:25:39

PRIORIDADES	OBJETIVO	META NACIONAL 2006	META LOCAL 2006
Saúde do idoso	Implantar a Caderneta de Saúde da Pessoa dosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde. Implantar Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa, mediante disponibilização pelo Ministério da Saúde. Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde. Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais da rede de atenção básica em saúde. Qualificar a dispensação e o acesso da população idosa à Assistência Farmacêutica. Instituir avaliação geriátrica global a toda pessoa idosa internada em hospital integrante do Programa de Atenção Domiciliar. Instituir a atenção domiciliar ao idoso.		
Controle do câncer do colo do útero e da mama	Desenvolver meios para incentivar a realização da cirurgia de alta freqüência em ambulatório. Ampliar a cobertura do exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS. Ampliar a cobertura de mamografia, com vistas ao diagnóstico precoce do câncer da mama, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS. Garantir a realização da punção para os casos necessários, conforme protocolo estabelecido pelo INCA/MS.	80% 60% 100%	
Redução da mortalidade infantil e materna	Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes. Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto, conforme pactuação na CIB e/ou CIT. Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto, quando couber. Reduzir a mortalidade neonatal. Reduzir os óbitos infantis por doença diarréica. Reduzir os óbitos infantis por pneumonia. Criar comitês de vigilância do óbito em municípios com população acima 80.000 habitantes. Reduzir a razão da mortalidade materna.	5% 50% 20% 80% 5%	
Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias: com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza.	Elaborar e implantar plano de contingência para atenção aos pacientes com diagnóstico de dengue nas áreas prioritárias. Reduzir a < 1% a infestação predial por Aedes aegypti nas áreas prioritárias. Eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública (menos de 1 caso por 10.000 hab.) nas áreas prioritárias. Curar casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano. Reduzir a incidência parasitária anual de malária, na região da Amazônia Legal. Implantar o plano de contingência, unidades sentinelas e o sistema de informação / SIVEP-GRIPE pelas capitais.	100% 30% Eliminar 85% 15% 100%	
Promoção da saúde	Elaborar, pactuar e implementar a política de promoção da saúde, contemplando as especificidades próprias da esfera de gestão e iniciar sua implementação. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo; Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros; Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;		
Fortalecimento da Atenção Básica	Assumir a estratégia de saúde da família como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios. .Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos. Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços. Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais.		
Regulação da atenção e regulação assistencial	Contratualizar os prestadores de serviços sob sua gestão; Regular leitos e serviços ambulatoriais contratualizados; Extinguir o pagamento dos serviços dos profissionais médicos por meio do código 7.	100% 100% 100%	

livro12VANESSA.indd 479 2/21/aaaa 10:25:40

CLÁUSULA QUARTA – DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PACTOS PELA VIDA E DE GESTÃO

Os indicadores contidos no quadro 1, devem ser pactuados neste Termo de Compromisso de Gestão, mediante o estabelecimento de metas locais. Os indicadores contidos no quadro 2 e 3, no ano de 2006, serão pactuados no Pacto da Atenção Básica e na Programação Pactuada e Integrada da Vigilância em Saúde (PPI VS), respectivamente, não havendo necessidade de preenchimento destes neste Termo.

livro12VANESSA.indd 480 2/21/aaaa 10:25:41

Quadro 1 – Pactuação dos indicadores de monitoramento e avaliação dos Pactos pela Vida e de Gestão.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Meta Local para 2006	Obs
Proporção da receita própria aplicada em saúde conforme previsto na regulamentação da EC 29/2000.	Despesas financiadas por recursos próprios (despesa total deduzidas as transferências de outras esferas degoverno para a saúde) /Receita de impostos e transferências constitucionais e legais	SIOPS	PACTO PELA SAÚDE	Percentuais definidos na EC 29		
Manutenção da PPI atualizada	Envio dos "Quadros" referentes à PPI, sempre que alterada a programação * (até a implantação do novo SISPPI)	Planilha eletrônica dos limites financeiros da assistência * (até a implantação do novo SISPPI)	PACTO PELA SAÚDE			(*) UF que não usam o SISPPI/MS devem apresentar as informações em meio magnético no mesmo padrão do SISPPI. As bases estaduais contemplam todos os municípios jurisdicionados a partir das quais será possível verificar a PPI Assistencial de todos os Municípios
Percentual de internações por grupo estratégico (oncologia, TRS, cardiologia), orientadas pela Central e Regulação.	Número total de internações por grupo estratégico por local de residência / Número de internações orientadas pela Central de Regulação por grupo específico por local de residência x 100	SIH SUS - CNRAC	PACTO PELA SAÚDE	100%		
Índice de Contratualização	Quantidade de unidades conveniadas ao SUS (privado e/ou filantrópico) que estão com contrato regular e informada a data de publicação / Total de unidades conveniadas por município e/ou estado x 100	CNES / DATASUS		100%		
Percentual de constituição de colegiados de gestão regional	Número de Colegiado Regional	PDR/SES				
	implantado / Número de regiões de saúde constante do PDR x 100					
Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais	Número de bases de dados dos Sistemas de Informação de alimentação obrigatória informadas no período / Total de Sistemas de Informação de alimentação obrigatória x 100	DATASUS				Sistemas de alimentação obrigatória: SINAN / SI-PNI / SINASC / SIA-SUS / CNES. Quando couber, SIH e SIM
Índice de qualificação do funcionamento básico do Conselho de Saúde	Capacitação de Conselheiros + Análise PS + Análise RG + Realização CS* / 4 x 100 *	Base de dados construída pelo Ministério da Saúde/SEGEP em parceria com a ENSP-FIOCRUZ.				*Detalhamento do Numerador: Realização de Capacitação no início do mandato (=1) + Análise do Plano de Saúde em vigor (=1) + Análise do Relatório de Gestão Anual (=1) + Convocação de Conferência de Saúde a cada 4 anos (=1)

livro12VANESSA.indd 481 2/21/aaaa 10:25:41

Quadro 2 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo do Pacto da Atenção Básica.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal	Número de nascidos vivos de mães com 4 ou + consultas de pré-natal / Número de nascidos vivos x 100	SINASC	Pacto AB	04 ou mais	7 ou mais consultas para Estados que já atingiram a meta
Proporção de amostras insatisfatórias de	Número de amostras insatisfatórias de exames citopatológicos cérvico-vaginais em determinado local e período / Número total de exames	SIS	Pacto AB	10%	
exames citopatológicos	citopatológicos realizados no mesmo local e período x 100	CAM			
Média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas	Número de consultas médicas nas especialidades básicas em determinado local e período / População total no mesmo local e período	SIA/SUS IBGE	Pacto AB	1,5 / habitante ano	

Quadro 3 Indicadores de monitoramento e avaliação dos pactos pela vida e de gestão, a serem pactuados no processo de Programação Pactuada Integrada da Vigilância à Saúde / PPI-VS.

Denominação	Método de Cálculo	Fonte	Origem do Processo de Pactuação	Parâmetro / Meta Nacional	Obs
Cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade	Número de crianças menores de um ano vacinadas com 3ª dose de tetravalente / Número de nascidos vivos x 100	SIAPI / SINASC	PPI VS	> = 95%	
Proporção de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade	Número de municípios com cobertura vacinal adequada da vacina tetravalente em menores de um ano de idade / Total de municípios do estado x 100	SIAPI /IBGE	PPI VS	70%	Cobertura vacinal adequada significa uma cobertura = ou > 95% da 3ª dose de tetravalente
Taxa de cura de hanseníase	Número de casos curados / Número de casos diagnosticados x 100	SINAN	PPI VS	UF com percentual de cura < que 45%, incrementar 20 pontos percentuais sobre o verificado; UF com percentual entre 45% e 55%, incrementar 10 pontos percentuais; UF com percentual maior que 55%, incrementar 5 pontos percentuais.	
Taxa de cura de tuberculosebacilífera	Total de casos novos de tuberculose bacilífera curados na coorte* / Total de casos novos de tuberculose bacilífera com informação de encerramento de tratamento na coorte x 100	SINAN	PPI VS		(*) Incluir na coorte informações de no mínimo 90% dos casos
Taxa de incidência de malária	Número de casos novos confirmados de malária / População total residente do ano x 1.000	SIVEP Malária	PPI VS	Reduzir 15% em 2006, com relação a 2005.	Para Estados e Municípios da Amazônia Legal
Proporção de imóveis inspecionados para identificação e eliminação de criadouros de Aedes aegypti	Número de imóveis inspecionados / Total de imóveis do município x 100	FAD	PPI VS	100% das inspeções programadas.	
Taxa de participação no Sistema (TPS)	Número de semanas epidemiológicas informadas / Total de SE do período x 100	SIVEP Gripe	PPI VS		
Proporção de óbitos não fetais informados ao SIM com causas básicas definidas	Número de óbitos não fetais por causas básicas definidas / Total de óbitos não fetais informados ao SIM x 100	SIM	PPI VS		

livro12VANESSA.indd 482 2/21/aaaa 10:25:42

Quadro 3 - Continação

Proporção de instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	Número de instituições de longa permanência para idosos inspecionados / Número total de instituições de longa permanência para idosos x 100	SINAVISA (ou cadastro equivalente)	PPI VS	Todos os Municípios com 100% das instituições de longa permanência para idosos, inspecionadas	
Proporção de municípios e estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB	Número de municípios com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de municípios da UF x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	30% municípios	
	Número de estados com Planos de Ação em VISA aprovados pela CIB/ Número Total de estados x 100	PPI VS / IBGE	PPI VS	100% estados	

CLÁUSULA QUINTA – DA REVISÃO

Os objetivos, metas e indicadores constantes deste Termo de Compromisso de Gestão serão revistos anualmente, sendo março o mês de referência para esse processo.

CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO

O presente Termo será publicado no Diário Oficial da União.

E, por estar assim de acordo com as disposições deste, firma o presente Termo de Compromisso de Gestão o Ministro de Estado da Saúde.

Local e Data

_____

Ministro da Saúde

livro12VANESSA.indd 483 2/21/aaaa 10:25:43

ANEXO V
EXTRATO DO TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS

Município_____
Estado_____

No que diz respeito às unidades de saúde sob gerência de outro nível de governo, abaixo relacionadas, o município celebrou o TERMO DE COOPERAÇÃO com o ente gerente da unidade e autoriza o Fundo Nacional de Saúde a repassar diretamente ao fundo designado na planilha abaixo o montante de recursos definido no referido Termo, conforme os compromissos estabelecidos:

Nome da Unidade	CGC	Ente com gerência sobre a Unidade (estado/governo federal)	Número do Termo	Data de Publicação do Extrato do Termo no Diário Oficial	Valor mensal	Fundo para o repasse dos recursos (municipal, estadual ou unidade universitária federal)

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO] [ASSINATURA E IDENTIFICA ÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL] [ASSINATURA E IDENTIFIÇÃO GESTOR ESTADUAL/FEDERAL]

livro12VANESSA.indd 484 2/21/aaaa 10:25:43

ANEXOVI

MODELO PARA DECLARAÇÃO DA CIB DE COMANDO ÚNICO DO SISTEMA PELO GESTOR MUNICIPAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o município de [NOME DO MUNICÍPIO], que teve seu Termo de Compromisso de Gestão pactuado nesta CIB, assumiu a gestão dos prestadores situados em seu território, independente de sua natureza jurídica, assumindo, portanto, as responsabilidades relativas à seleção, cadastramento, contratação, estabelecimento de contratos, regulação, controle, avaliação e pagamento desses prestadores, observado o estabelecido abaixo:

Para as unidades listadas abaixo, que o município não assumiu ainda a gestão, fica pactuado o seguinte cronograma:

Nome da Unidade	CGC	Prazo

Conforme pactuação, as unidades listadas a seguir ficam sob a gestão do estado:

Nome da Unidade	CGC

Desta forma, o referido município, tem condições para assumir as responsabilidades pactuadas no Termo de Compromisso de Gestão que foramdevidamente analisadas e aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite de [NOME DO ESTADO] em [DATA DA REUNIÃO DA CIB QUEANALISOU A QUESTÃO].

[LOCAL], [DIA] de [MÊS] de [ANO]
[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO COORDENADOR DA CIB]

[ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO GESTOR MUNICIPAL]

livro12VANESSA.indd 485 2/21/aaaa 10:25:44

ANEXO VII-a
TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO MUNICÍPIO

Código _____
Município _____ UF_____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*	RECURSO ESTADUAL DE CUSTEIO	RECURSO MUNICIPAL DE CUSTEIO
PAB ASSISTENCIA	Componente fixo (a) Componente Variável (b)			
MAC ASSISTENCIA	Total População Própria (c) Total População Referenciada (d) Outros recursos e ajustes (e) Total da PPI Assistencial (f) Recursos transferidos ao Fundo Estadual (g) Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (h) Recursos alocados em outras UF (i) Total MAC alocado no FMS (j)	c + d + e		
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (k) Componente estratégico (l) Componente excepcional (m)			
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (n) Vigilância Sanitária (o) (p)			
GESTÃO	TOTAL	a+b+j+k+l+m+n+o+p **		
TOTAL				

* Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.
**Valor a ser transferido do FNS ao FMS

ANEXO VII-b
TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO ESTADO

Código _____
Município _____ UF_____

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*
MAC ASSISTENCIA	Limites referentes aos recursos programados na SES (a)	
	Valores a receber referentes a unidades sob gestão estadual (b)	
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (c)	
	Recursos alocados em outras UF (d)	
	Total MAC alocado no FES (e)	a+b-c-d
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (f)	
	Componente estratégico (g)	
	Componente excepcional (h)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (i)	
	Vigilância Sanitária (j)	
GESTÃO	(k)	
TOTAL FES		e+f+g+h+i+j+k

livro12VANESSA.indd 486 2/21/aaaa 10:25:44

ANEXO VII-c

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO DISTRITO FEDERAL

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL*
PAB ASSISTENCIA	Componente fixo (a)	
	Componente Variável (b)	

MAC ASSISTENCIA	Total População Própria (c)	
	Total População Referenciada (d)	
	Outros recursos e ajustes (e)	
	Total da PPI Assistencial (f)	c + d + e
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores (g)	
	Recursos alocados em outras UF (h)	
	Total MAC alocado no FS do DF (i)	
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico (j)	
	Componente estratégico (k)	
	Componente excepcional (l)	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambulatorial (m)	
	Vigilância Sanitária (n)	
GESTÃO	(o)	
TOTAL FS DO DF		a+b+i+j+k+l+m+n+o

* Considerado apenas o recursofederal repassadofundo a fundo para custeio.

livro12VANESSA.indd 487 2/21/aaaa 10:25:45

ANEXO VIII

EXTRATO DO TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO MUNICIPAL

SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE PACTUAÇÃO DAS ATRIBUIÇÕES E RESPONSABILIDADES SANITÁRIAS DOS MUNICÍPIOS

I – IDENTIFICAÇÃO

II – DISPOSIÇÃO GERAL

O gestor municipal se compromete com o conjunto das responsabilidades sanitárias dispostas no Termo de Compromisso de Gestão Municipal, inclusive aquelas referidas no artigo4 da Lei 8142, sendo destacadas no quadro abaixo aquelas para as quais foi pactuado cronograma e as que não se aplicam à gestão do SUS neste município.

EIXO	NÃO REALIZA AINDA	PRAZO PARA REALIZAR	NÃO SE APLICA
RESPONSABILIDADES GERAIS DA GESTÃO DO SUS			
REGIONALIZAÇÃO			
PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO			
REGULAÇÃO, CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA			
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL			
GESTÃO DO TRABALHO			
EDUCAÇÃO NA SAÚDE			

livro12VANESSA.indd 488 2/21/aaaa 10:25:45

III - APROVAÇÃO NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E NA CIB

Aprovado na Reunião do CMS de / / Deliberação n.º , de / /

Homologado na Reunião da CIB de / /

Nome SMS:_____

Ass.:_____

Nome SES:_____

Ass.:_____

Município _____ UF_____

Prefeito Municipal _____

Secretário Municipal da Saúde _____

Endereço da SMS_____

CEP _____ Tel.( ) _____ Fax ( ) _____

E-mail:_____

livro12VANESSA.indd 489 2/21/aaaa 10:25:45

ANEXO IX

Para possibilitar uma mesma compreensão do Termo de Compromisso de Gestão, são consideradas as seguintes definições:

1 Gestão

Atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde – municipal, estadual ou nacional, mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, regulação, controle, avaliação e auditoria, gestão do trabalho, desenvolvimento e apropriação de ciência e tecnologias, dentre outras.

2 Gerência

Administração de uma unidade ou órgão de saúde (unidade básica de saúde, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços no Sistema único de Saúde.

3 Atenção à Saúde

Engloba o conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais, compreendendo os campos a saber:

a) o da assistência, em que as atividades são dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
b) o das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante o pacto de interesses, as normalizações, as fiscalizações e outros);

livro12VANESSA.indd 490 2/21/aaaa 10:25:46

4 Co-gestão no Processo Regulatório

Relação intergestora que permite e articulação e integração dos dispositivos de Regulação de Acesso (centrais de internação, centrais de consultas especializadas e exames, protocolos assistenciais) com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde (contratação, controle assistencial e avaliação) assim como com outras funções da Gestão (programação e regionalização).

5 Vigilância em Saúde

Neste Termo quando se escreve vigilância em saúde, estão contemplados os componentes: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental.

6 Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

Neste Termo programação em saúde compreende, no seu escopo, os processos de programação da assistência à saúde e da vigilância em saúde, podendo, no termo, ser enfatizado um desses processos.

7 Política de Reposição da Força de Trabalho Descentralizada

Conjunto de ações e diretrizes que visam superar questões decorrentes da descentralização da força de trabalho no Sistema Único de Saúde, como a reposição de pessoal e remuneração.

8 Transferência Regular e Automática Fundo a Fundo

Transferência de recursos, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde, independente de convênio e segundo o atendimento de critérios pré-estabelecidos para o credenciamento dos Estados e Municípios a essa prerrogativa.

livro12VANESSA.indd 491 2/21/aaaa 10:25:46

9 Ouvidoria

Canais democráticos que permitem disseminar informações e receber manifestações de usuários, propiciando análises, encaminhamentos, acompanhamentos e respostas às suas manifestações.

10 Auditoria Assistencial

Processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

11 Avaliar

Conjunto de ações que permite emitir um juízo de valor sobre algo que está acontecendo (sendo observado) a partir de um paradigma (optimum, desejável, preceito legal, etc.). Consiste em atribuir um valor ao encontrado, o grau de alcance dos resultados, a partir do esperado. Avaliação pode se constituir em uma ferramenta para se fazer fiscalização, controle, auditoria, planejamento, melhorar desempenhos e qualidades, ou seja, auxiliar a qualificação do processo de gestão. Assim, trata-se da análise da estrutura, dos processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de atingimento de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde.

12 Fiscalizar

Submeter a atenta vigilância, sindicar, examinar, verificar. A fiscalização confere ao fiscalizador poder de polícia ou de lavrar autos de infração com base em determinada legislação vigente.

livro12VANESSA.indd 492 2/21/aaaa 10:25:46

13 Monitorar

Conjunto de ações de acompanhamento de um determinado plano, programa, atividade, ação ou processo. O monitoramento sempre está baseado num conjunto de informações e indicadores que, pré-definidos, dão a dimensão da ação que vem sendo implementada, apontando os indicativos de correção de rumos.

14 Normatizar

Estabelecer normas para o funcionamento de uma organização ou sistema; submeter às normas o funcionamento de alguma estrutura. Mesmo que normalizar.

15 Credenciar

Conferir credenciais, poderes ou crédito; qualificar alguém, alguma estrutura ou serviço. No âmbito do Pacto, expressa a qualificação de um serviço para atuar como tal, a partir do atendimento de um regulamento técnico.

16 Contratar

Fazer contrato, negociar, combinar, ajustar, convencionar, definir. O contrato é um termo jurídico que regula a relação entre entes públicos e/ou privados. Processo por meio do qual estabelecimentos e serviços privados de saúde passam a integrar a rede do SUS.

livro12VANESSA.indd 493 2/21/aaaa 10:25:46

TEXTO 19

PACTO PELA SAÚDE 2006 - PORTARIA GM/MS N. 3.085, DE 1° DE DEZEMBRO DE 2006 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DO DIA 4 DE DEZEMBRO DE 2006)

REGULAMENTA O SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando que o inciso XVIII do art. 16 da Lei no- 8.080, de 19 de setembro de 1990, atribui ao Ministério da Saúde a competência para elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, os municípios e o Distrito Federal; Considerando que o planejamento constitui instrumento estratégico para a gestão do SUS nas três esferas de governo;

Considerando que a organização e o funcionamento de um sistema de planejamento do SUS configuram mecanismo relevante para o efetivo desenvolvimento das ações nesta área;

Considerando que a atuação sistêmica do planejamento contribuirá, oportuna e efetivamente, para a resolubilidade e a qualidade da gestão, das ações e dos serviços prestados à população brasileira; e

Considerando que a Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006, a qual divulga o Pacto pela Saúde 2006, estabelece, no item 4 do Anexo I, os princípios, os objetivos e os pontos de pactuação do Sistema de Planejamento do SUS,

RESOLVE:

Art. 1° Regulamentar o Sistema de Planejamento do SUS, nos termos do disposto nesta Portaria.

§ 1° O referido Sistema é representado pela atuação contínua, articulada, integrada e solidária do planejamento das três esferas de gestão do SUS.

§ 2° Esse Sistema pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locorregionais.

livro12VANESSA.indd 494 2/21/aaaa 10:25:46

livro12VANESSA.indd 495

ANEXO III – CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA

BLOCO DE FINANCIAMENTO	CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL PROGRAMÁTICA	DESCRITOR
ATENÇÃO BÁSICA	10.301.1214.8577	Atendimento Assistencial básico nos Municípios Brasileiros
	10.301.1214.0589	Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso da Atenção Básica
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1214.8573	Expansão e Consolidação da Saúde da Família
	10.301.1312.6177	Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem
	10.302.1312.8527	Serviço de atenção à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional
	10.128.1311.6199	Formação de Profissionais Técnicos de Saúde
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	10.302.1220.8585	Atenção à saúde da população nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos estados habilitados em Gestão Plena/avançada
	10.301.1214.6838	Atenção à Saúde Bucal
	10.301.1312.6188	Atenção à Saúde do Trabalhador
VIGILANCIA EM SAÚDE Componente: Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde	10.305.1203.0829	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal certificados para Vigilância em Saúde
	10.305.1203.3994	Modernização do Sistema de Vigilância em saúde
	10.302.1306.0214	Incentivo Financeiro aos estados, municípios e Distrito Federal para Ações de Prevenção e Qualificação HIV/Aids
Componente: Vigilância Sanitária	10.304.1289.0990	Incentivo Financeiro aos municípios e ao Distrito Federal habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica para ações de Vigilância Sanitária
	10.304.1289.0852	Incentivo Financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de médio e alto risco sanitário
	10.304.1289.6134	Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde
	10.304.1289.6133	Vigilância Sanitária de Produtos
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	10.303.1293.0593	Incentivo Financeiro a municípios habilitados à parte variável do Piso de Atenção Básica – PAB para Assistência Farmacêutica Básica
	10.303.1293.4368	Promoção da oferta e da cobertura dos serviços de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos no Sistema Único de Saúde
	10.303.1293.4705	Assistência financeira para aquisição e distribuição de medicamentos excepcionais
GESTÃO DO SUS	10.303.1293.0804	Apoio à estruturação dos serviços de assistência farmacêutica na rede pública
	10.302.1220.6839	Fomento ao Desenvolvimento da Gestão, Regulação, Controle e Avaliação da Atenção à Saúde
	10.183.1300.6152	Cartão Nacional de Saúde
	10.302.1312.8529	Serviços extra-hospitalares de atenção aos portadores de transtornos mentais e decorrentes do uso de AD
	10.122.1311.6488	Apoio às escolas técnicas de saúde, escolas de saúde pública, centros formadores e centros colaboradores
	10.122.1300.7666	Investimento para humanização e ampliação do acesso a atenção à saúde
	10.571.1312.8525	Fomento a estudos e pesquisa sobre a saúde de grupos populacionais estratégicos e em situações especiais de agravo
	10.302.1303.2821	Cooperação Técnica para qualificação da atenção à saúde das pessoas em situações de violência e outras causas externas
	10.846.1311.0847	Apoio à capacitação de formuladores de políticas em áreas específicas dos estados e municípios.
	10.128.1311.6199	Formação de profissionais técnicos de saúde
	10.122.1311.6196	Serviço civil profissional em saúde
	10.364.1311.8541	Formação de recursos humanos em educação profissional e de pós-graduação stricto e lato sensu.
	10.122.0016.8287	Qualificação da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde
	10.573.1311.6200	Promoção dos princípios da Educação Popular em Saúde
	10.122.1314.2272	Gestão e Administração do Programa
	10.131.1314.6804	Mobilização da sociedade para a Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde
	10.131.1314.6806	Controle Social no Sistema Único de Saúde
	10.422.1314.6182	Ouvidoria Nacional de Saúde
	10.845.1311.0851	Apoio à formação permanente de agentes para o Controle Social
	10.125.1220.8537	Sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria

2/21/aaaa 10:25:47

§ 3° Como parte integrante do ciclo de gestão, esse Sistema buscará, de forma tripartite, a pactuação de bases funcionais do planejamento, de monitoramento e da avaliação, bem como promoverá a participação social e a integração intra e intersetorial, considerando os determinantes e os condicionantes de saúde.

§ 4° No cumprimento da responsabilidade de implementação do processo de planejamento, o Sistema levará em conta as diversidades existentes nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a consolidação do SUS e para a resolubilidade e qualidade tanto de sua gestão quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Art. 2° Objetivos específicos do Sistema de Planejamento do SUS:

I - pactuar diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS e os instrumentos a serem adotados pelas três esferas de gestão;
II - formular metodologias e modelos básicos dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação que traduzam as diretrizes do SUS, com capacidade de adaptação às particularidades de cada esfera administrativa;
III - implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo e subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores;
IV - desenvolver e implementar uma rede de cooperação entre os três entes federados, que permita um amplo compartilhamento de informações e experiências;
V - apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o seu aperfeiçoamento e/ou redirecionamento;
VI - promover a capacitação contínua dos profissionais que atuam no contexto do planejamento do SUS; e
VII - monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.

Art. 3° Propor a instituição de incentivo financeiro para a implementação do Sistema de Planejamento do SUS, a ser transferido de forma automática aos Fundos de Saúde, em parcela única.

livro12VANESSA.indd 496 2/21/aaaa 10:25:47

§ 1° Esse incentivo destina-se a apoiar a organização e/ou a reorganização das ações de planejamento dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com vistas à efetivação do referido Sistema, com ênfase no desenvolvimento dos instrumentos básicos.

§ 2° O repasse do incentivo ora proposto será efetuado após elaboração do programa de trabalho pactuado na respectiva Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 3° O programa de trabalho de que trata o parágrafo anterior deverá contemplar medidas que possibilitem a operacionalização do Sistema de Planejamento do SUS, na conformidade dos objetivos deste Sistema, descritos no artigo 2° desta Portaria.

§ 4° Caberá às Secretarias Estaduais de Saúde organizar, estruturar e/ou adequar o planejamento no seu âmbito e prestar o apoio necessário aos municípios, de modo a evitar a pulverização dos recursos e a promover o funcionamento harmônico do Sistema de Planejamento do SUS no estado.

Art. 4° O Sistema de que trata esta Portaria terá expressão concreta, em especial, nos instrumentos básicos resultantes do processo de planejamento nas três esferas de gestão do SUS. § 1° São instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS:

I - o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde; e
II - o Relatório de Gestão.

§ 2° Estes instrumentos, em cada esfera de gestão do SUS, deverão ser compatíveis com os respectivos Planos Pluarianuais (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), conforme dispositivos constitucionais e legais acerca destes instrumentos.

livro12VANESSA.indd 497 2/21/aaaa 10:25:47

§ 3° O Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde prestados, assim como da gestão do SUS. § 4° O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

Art. 5° Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

livro12VANESSA.indd 498 2/21/aaaa 10:25:47

TEXTO 20

PACTO PELA SAÚDE 2006 - PORTARIA GM/MS N. 3.332, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2006 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 29 DE DEZEMBRO DE 2006)

APROVA ORIENTAÇÕES GERAIS RELATIVAS AOS INSTRUMENTOS DO SISTEMA DE PLANEJAMENTO DO SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II, do parágrafo único, do art. 87, da Constituição Federal, e

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga e aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006; Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que aprova o Regulamento do Pacto pela Vida e de Gestão;

Considerando que o Pacto pela Saúde estabelece uma agenda de prioridades para o Sistema Único de Saúde (SUS); Considerando a Portaria nº 3.085/GM, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, na qual estão estabelecidos os instrumentos básicos deste Sistema; Considerando a importância da institucionalização e do fortalecimento do planejamento no SUS, legitimando o mencionado Sistema como processo estratégico de gestão;

Considerando as responsabilidades específicas de cada esfera de gestão no Sistema de Planejamento do SUS; Considerando que o processo de planejamento em cada esfera de gestão deve ser desenvolvido segundo as respectivas peculiaridades, necessidades e realidades sanitárias; Considerando que o desenvolvimento desse processo deve ter em conta a necessidade da participação social e da intensificação da articulação intra e intersetorial;

Considerando que a formulação de metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento - englobando o monitoramento e a avaliação - devem traduzir as diretrizes do SUS e ser adaptável às particularidades de cada esfera administrativa;

Considerando a importância da implementação e difusão de uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS nas três esferas de governo e que subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores; e

livro12VANESSA.indd 499 2/21/aaaa 10:25:47

Considerando a necessidade de monitoramento e avaliação do processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados, de modo a fortalecer o Sistema de Planejamento e a contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS, resolve:

Art 1º Aprovar as orientações gerais, constantes desta Portaria, relativas aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, a saber:

I - Plano de Saúde e as suas respectivas Programações Anuais de Saúde; e
II - Relatório Anual de Gestão.

§ 1º A formulação e a implementação desses instrumentos conferem expressão concreta ao processo de planejamento do referido Sistema e devem ser desenvolvidos, em cada esfera de gestão, na conformidade de suas especificidades e necessidades.

§ 2º Os instrumentos básicos adotados pelo Sistema de Planejamento do SUS devem ser compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual, atentando- se para os períodos estabelecidos para a sua formulação em cada esfera de gestão.

§ 3º O Plano de Saúde, as suas respectivas Programações Anuais de Saúde e o Relatório Anual de Gestão devem possibilitar a qualificação das práticas gerenciais do SUS e, por via conseqüência, a resolubilidade tanto da sua gestão, quanto das ações e serviços prestados à população brasileira.

Art. 2º Definir como Plano de Saúde o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS.

§ 1º O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

§ 2º O Plano de Saúde, como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

§ 3º O Plano deve, assim, contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção;

livro12VANESSA.indd 500 2/21/aaaa 10:25:47

§ 4º No Plano devem estar contidas todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromissos de Gestão;

§ 5º A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos, a saber:

I - o da análise situacional; e
II - o da definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos.

§ 6º A análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas têm por base os seguintes eixos:

I - condições de saúde da população, em que estão concentrados os compromissos e responsabilidades exclusivas do setor saúde;
II - determinantes e condicionantes de saúde, em que estão concentradas medidas compartilhadas ou sob a coordenação de outros setores, ou seja, a intersetorialidade; e
III - gestão em saúde.

§ 7º O Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo.

Art. 3º Definir como Programação Anual de Saúde o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS.

§ 1º A Programação Anual de Saúde deve conter:

I - a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;

II - o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas;
III - a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e
IV - a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.
§ 2º A Programação Anual de Saúde congrega - de forma sistematizada, agregada e segundo a estrutura básica constante do §1º precedente - as demais programações existentes em cada esfera de gestão.

livro12VANESSA.indd 501 2/21/aaaa 10:25:47

§ 3º O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

Art. 4º Definir como Relatório Anual de Gestão o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários.

§ 1º Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas.

§ 2º O Relatório Anual de Gestão deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde.

§ 3º Em termos de estrutura, o Relatório deve conter:

I - o resultado da apuração dos indicadores;
II - a análise da execução da programação (física e orçamentária/financeira); e
III - as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação etc.).

§ 4º Esse Relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

§ 5º O Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subseqüente.

§ 6º Os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência.

§ 7º Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.

§ 8º Além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, a referida avaliação envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano.

livro12VANESSA.indd 502 2/21/aaaa 10:25:47

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 548/GM, de 12 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 73, de 16 de abril de 2001, seção 1, página 18.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

livro12VANESSA.indd 503 2/21/aaaa 10:25:47

TEXTO 21

PACTO PELA SAÚDE 2006 - PORTARIA GM/MS N. 204 DE 29 DE JANEIRO DE 2007 (PUBLICADA NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 31 DE JANEIRO DE 2007)

REGULAMENTA O FINANCIAMENTO E A TRANSFERÊNCIA DOS RECURSOS FEDERAIS PARA AS AÇÕES E OS SERVIÇOS DE SAÚDE, NA FORMA DE BLOCOS DE FINANCIAMENTO, COM O RESPECTIVO MONITORAMENTO E CONTROLE.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição Federal, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que 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;

Considerando o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que trata do repasse de recursos federais de saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando o Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que trata da comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios;

Considerando a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando a Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a necessidade, de qualificar o processo de descentralização, organização e gestão das ações e serviços do SUS, assim como de fortalecer seus compromissos e responsabilidades sanitárias, com base no processo de pactuação intergestores;

livro12VANESSA.indd 504 2/21/aaaa 10:25:48

Considerando a responsabilidade conjunta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde; e

Considerando a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que permitam ao gestor um melhor acompanhamento das ações de saúde realizadas no âmbito do SUS,

RESOLVE:

Art. 1º Regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Capítulo I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde.

Art. 3º Os recursos federais destinados às ações e aos serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados.

Art. 4º Estabelecer os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica;
II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
III - Vigilância em Saúde;
IV - Assistência Farmacêutica; e
V - Gestão do SUS.

Art. 5º 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, observados os atos normativos específicos.

livro12VANESSA.indd 505 2/21/aaaa 10:25:48

§ 1º Os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos, devendo ser movimentados conforme legislação em conta bancária específica, respeitadas as normas estabelecidas em cada acordo firmado.

§ 2º Os recursos do bloco da Assistência Farmacêutica devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco.

Art. 6º Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco.

§ 1º Aos recursos relativos às unidades públicas próprias não se aplicam as restrições previstas no caput deste artigo.

§ 2º Os recursos referentes aos blocos da Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde e de Gestão do SUS, devem ser utilizados considerando que fica vedada a utilização desse para pagamento de:

I - servidores inativos;

II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;

IV - pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e

V - obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

§ 3º Os recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco.

§ 4º A possibilidade de remanejamento dos recursos entre os blocos será regulamentada em portaria específica no prazo de 90 (noventa) dias.

livro12VANESSA.indd 506 2/21/aaaa 10:25:48

Art. 7º Aos recursos de que tratam os componentes dos blocos de financiamento poderão ser acrescidos de recursos específicos, para atender a situações emergenciais ou inusitadas de riscos sanitários e epidemiológicos, devendo ser aplicados, exclusivamente, em conformidade com o respectivo ato normativo.

Art. 8º Os recursos que compõem cada bloco de financiamento poderão ser acrescidos de valores específicos, conforme respectiva pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

Capítulo II

DOS BLOCOS DE FINANCIAMENTO

Seção I

Do Bloco de Atenção Básica

Art. 9º O bloco da Atenção Básica é constituído por dois componentes:

I- Componente Piso da Atenção Básica Fixo – PAB Fixo; e
II - Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

Art. 10. O Componente Piso da Atenção Básica – PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao Componente PAB Fixo, podem ser aplicados no financiamento dessas unidades.

Art 11. O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

I - Saúde da Família;
II - Agentes Comunitários de Saúde;
III - Saúde Bucal;
IV - Compensação de Especificidades Regionais;
V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

livro12VANESSA.indd 507 2/21/aaaa 10:25:48

VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e
VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos do Componente PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

§ 2º Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

§ 3º Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e levados ao conhecimento do plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e transferidos mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

§ 4º Os recursos federais referentes aos incentivos para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, poderão ser transferidos ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

§ 5º Os recursos do Componente PAB Variável correspondentes atualmente às ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

Art. 12. O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Atenção Básica está definido nas Portarias GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, nº 649, de 28 de março de 2006, nº 650, de 28 de março de 2006, nº 822, de 17 de abril de 2006, nº 847, de 2 de junho de 2005, na Portaria SAS/MS nº 340, de 14 de julho de 2004, na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003 e na Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004.

livro12VANESSA.indd 508 2/21/aaaa 10:25:48

Seção II

Do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade

Ambulatorial e Hospitalar

Art. 13. O bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes:

I - Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC; e

II - Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 14. O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios será destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente.

§ 1º Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem aqueles atualmente designados:

I - Centro de Especialidades Odontológicas - CEO;

II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;

III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;

IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;

V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;

VII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI;

VII - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS; e

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

§ 2º Os recursos federais de que trata este artigo, serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico.

livro12VANESSA.indd 509 2/21/aaaa 10:25:48

Art. 15. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados pelo FAEC, serão gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e devem ser publicados em portarias específicas, conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT.

Parágrafo único. Enquanto o procedimento não for incorporado ao componente Limite financeiro MAC, este será financiado pelo Componente FAEC.

Art. 16. O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, considerando o disposto no artigo 15, será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC;

II - transplantes e procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido; e

IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

§ 1º Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade são financiados por meio do Componente FAEC, classificados no inciso III do caput deste artigo.

Art. 17. Os procedimentos da atenção básica, atualmente financiados pelo FAEC, serão incorporados ao bloco de Atenção Básica dos Municípios e do Distrito Federal, conforme o cronograma previsto no artigo 15 desta Portaria:

I - 0705101-8 Coleta de material para exames citopatológicos;

II - 0705103-4 Coleta de sangue para triagem neonatal;

III - 0707102-7 Adesão ao componente I – Incentivo à Assistência pré-natal; e

IV - 0707103-5 Conclusão da Assistência Pré-natal.

livro12VANESSA.indd 510 2/21/aaaa 10:25:48

Seção III

Do Bloco de Vigilância em Saúde

Art. 18. Os recursos que compõem o Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Municípios, do Distrito Federal e dos Estados representam o agrupamento das ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária.

Art. 19. O bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde é constituído por dois componentes:

I - Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e
II - Componente da Vigilância Sanitária.

§ 1º Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente.

§ 2º Os recursos deste bloco de financiamento devem ser utilizados conforme a Programação Pactuada e Integrada e a orientação do respectivo Plano de Saúde.

Art. 20. O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde – TFVS e também pelos seguintes incentivos:

I - Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
II - Laboratórios de Saúde Pública;
III - Atividade de Promoção à Saúde;
IV - Registro de Câncer de Base Populacional;
V - Serviço de Verificação de Óbito;
VI - Campanhas de Vacinação;
VII - Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o Aedes aegypti;
VIII - Contratação dos Agentes de Campo;
IX - DST/Aids; e
X - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados ao Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

livro12VANESSA.indd 511 2/21/aaaa 10:25:48

§ 2º Serão incorporados ao item II deste artigo - Laboratórios de Saúde Pública, os recursos da Vigilância Sanitária destinados a ações de apoio laboratorial.

Art. 21. No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (VIGISUS II); e
II - Programa DST/AIDS.

Art. 22. O Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVISA, o qual será regulamentado em portaria específica a ser publicada pelo Ministério da Saúde.

Art. 23. O detalhamento do financiamento referente ao bloco da Vigilância em Saúde está definido na Portaria nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004, na Portaria nº 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004, na Portaria nº 2.607/GM, de 28 de dezembro de 2005, na Portaria nº 2.608/GM, de 28 de dezembro de 2005 e na Portaria nº 2.606/GM, de 28 de dezembro de 2005.

Seção IV

Do Bloco de Assistência Farmacêutica

Art. 24. O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica será constituído por três componentes:

I - Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
II - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; e
III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

Art. 25. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

§ 1º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

livro12VANESSA.indd 512 2/21/aaaa 10:25:48

§ 2º A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e (ou) Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

§ 4º A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

§ 5º Os recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes a medicamentos para os Programas de Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes, devem ser descentralizados para Estados, Distrito Federal ou Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

§ 6º Os demais recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e, posteriormente, nas Comissões Intergestores Bipartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nesses programas.

§ 7º Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação na CIT.

Art. 26. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

livro12VANESSA.indd 513 2/21/aaaa 10:25:48

I - controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
II - anti-retrovirais do programa DST/Aids;
III - sangue e hemoderivados; e
IV - imunobiológicos.

Art. 27. O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional – CMDE destina-se ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica.

§ 1º O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional é de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

§ 2º Os recursos do Ministério da Saúde aplicados no financiamento do CMDE terão como base a emissão e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas pelos gestores estaduais, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos na Portaria nº 2.577/GM, de 27 de outubro de 2006.

§ 3º Trimestralmente, o Ministério da Saúde publicará portaria com os valores a serem transferidos mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, apurados com base na média trimestral das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo – APAC, emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS.

Seção V

Do Bloco de Gestão do SUS

Art. 28. O bloco de financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

Art. 29. O bloco de financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes:

I - Componente para a Qualificação da Gestão do SUS; e

livro12VANESSA.indd 514 2/21/aaaa 10:25:48

II - Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde;

Parágrafo único. O detalhamento do financiamento das ações referentes a esses componentes, para 2007, encontra-se no Anexo II a esta Portaria.

Art. 30. O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

I - Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;
II - Planejamento e Orçamento;
III - Programação;
IV - Regionalização;
V - Gestão do Trabalho;
VI - Educação em Saúde;
VII - Incentivo à Participação e Controle Social;
VIII – Informação e Informática em Saúde;
IX - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e
X - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico e no Anexo II a esta Portaria, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

Art. 31. O Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde inclui os incentivos atualmente designados:

I - implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
II - qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;
III - implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
IV - fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
V - inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
VI - implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;
VII - implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
VIII - reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;
IX - implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
X - adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e

livro12VANESSA.indd 515 2/21/aaaa 10:25:49

XI - outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Parágrafo único. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

CAPÍTULO III

DO MONITORAMENTO E CONTROLE DOS RECURSOS FINANCEIROS TRANSFERIDOS FUNDO A FUNDO

Art. 32. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, far-se-á para o Ministério da Saúde, mediante relatório de gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 1º A regulamentação do Relatório de Gestão encontra-se na Portaria nº 3.332/GM, de 28 de dezembro de 2006.

§ 2º A regulamentação do fluxo para a comprovação da aplicação dos recursos fundo a fundo, objeto desta Portaria, será realizada em portaria específica, no prazo de 60 (sessenta) dias.

Art. 33. Os órgãos de monitoramento, regulação, controle e avaliação do Ministério da Saúde devem proceder à análise dos relatórios de gestão, com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na sua área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo componente federal do SNA, podendo ser integrada com os demais componentes.

Art. 34. As despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da Administração Pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

livro12VANESSA.indd 516 2/21/aaaa 10:25:49

Art. 35. Os recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos constantes no Anexo I (a, b, c, d, e).

Art. 36. O controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento devem ser efetuados, por meio dos instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a prestação de informações de forma regular e sistemática, sem prejuízo do estabelecido no artigo 32.

Art. 37. As transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde para os Estados, Distrito Federal e os Municípios serão suspensas nas seguintes situações:

I - referentes ao bloco da Atenção Básica, quando da falta de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais estabelecidos como obrigatórios, por dois meses consecutivos ou três meses alternados, no prazo de um ano e para o bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar quando se tratar dos Bancos de Dados Nacionais SIA, SIH e CNES;

II - referentes ao bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, quando do não-pagamento aos prestadores de serviços públicos ou privados, hospitalares e ambulatoriais, até o quinto dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento do SIH/SUS, no BBS/MS, excetuando-se as situações excepcionais devidamente justificadas;

III - referentes ao bloco de Vigilância em Saúde, quando os recursos nos estados, no Distrito Federal e nos Municípios estiverem sem movimentação bancária e com saldos correspondentes a seis meses de repasse, sem justificativa;

IV - quando da indicação de suspensão decorrente de relatório da Auditoria realizada pelos componentes estadual ou nacional, respeitado o prazo de defesa do Estado, do Distrito Federal ou do Município envolvido, para o bloco de Financiamento correspondente à ação da Auditoria.

livro12VANESSA.indd 517 2/21/aaaa 10:25:49

Parágrafo único. A regularização do repasse da parcela mensal do Bloco de Vigilância em Saúde dar-se-á a partir do mês de competência da apresentação dos documentos comprobatórios do comprometimento de pelo menos 60% do saldo existente no bloco.

Art. 38. Fica estabelecido o Termo de Ajuste Sanitário – TAS como um instrumento formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema, com o prazo de 60 (sessenta) dias para ser regulamentado.

Parágrafo único. Não será aplicável a utilização do TAS quando for comprovada a malversação de recursos.

Art. 39. Os recursos federais referente aos cinco blocos de financiamento onerarão as ações detalhadas no Anexo III a esta Portaria.

Art. 40. Esta Portaria altera a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, no Anexo II – Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS - no que se refere:

I - ao bloco de financiamento da Atenção Básica, o item Financiamento das Estratégias que compõem o PAB Variável passa a vigorar com a seguinte redação:

"O Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em saúde, tais como:

I - Saúde da Família;

II - Agentes Comunitários de Saúde;

III - Saúde Bucal;

IV - Compensação de Especificidades Regionais;

V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;

VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico." (NR)

II - ao bloco de financiamento para a Atenção de Média e Alta Complexidade, Ambulatorial e Hospitalar, o item Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, passa a vigorar com a seguinte redação:

livro12VANESSA.indd 518 2/21/aaaa 10:25:49

"O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, é composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;

II - transplantes e os procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido;

IV - novos procedimentos, não-relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC." (NR)

III - ao bloco de financiamento para a Vigilância à Saúde, o item componente Vigilância Epidemiológica, no que se refere a repasses específicos, passa a vigorar com a seguinte redação:

"No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados às seguintes finalidades:

I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos estados, Distrito Federal e municípios (VIGISUS II); e

II - programa DST/Aids." (NR)

IV - ao bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, o item Componente Estratégico, passa a vigorar com a seguinte redação:

"O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

I - controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;

II - Programa DST/Aids (anti-retrovirais);

III - Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados;

IV – Imunobiológicos." (NR)

livro12VANESSA.indd 519 2/21/aaaa 10:25:49

V - ao bloco de financiamento da Gestão do SUS, passa a vigorar com a seguinte redação:

"O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS é constituído de dois componentes: Componente para a Qualificação da Gestão do SUS e Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde.".

Art. 41. Revogam-se as Portarias GM/MS nº 59, de 16 de janeiro de 1998; nº 531, de 30 de abril de 1999, nº 2.425 de 30 de dezembro de 2002, e nº 698, de 30 de março de 2006.

Art. 42. A consonância normativa decorrente da publicação desta Portaria deverá ser realizada no prazo de 120 (cento e vinte) dias.

Art. 43. Esta Portaria entra em vigor a partir da competência fevereiro de 2007.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA

livro12VANESSA.indd 520 2/21/aaaa 10:25:49

livro12VANESSA.indd 521

ANEXO I – a - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	PAB Fixo	PAB VARIÁVEL							
			Saúde da Família (SF)	Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Saúde Bucal (SB)	Compensação das Especificidades Regionais	Incentivo aos Povos Indígenas	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	Atenção Adolescente em conflito com a Lei	Outros

MEMÓRIA DE CÁLCULO DO BLO CO DE ATENÇÃO BÁSICA PARA ESTADOS

UF	PAB VARIÁVEL		
	Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário	Atenção Adolescente em conflito com a Lei	Outros

ANEXO I – b - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	BLOC O DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA ASSISTENCIA														
		Componente Limite Financeiro MAC											FAEC			
		Teto MAC	CEO	SAMU	CEREST	FIDEPS	IAPI	INTEGRASUS	Incentivo de contratualização Hospitais de Ensino	Incentivo de contratualização Hospitais de Pequeno Porte	Incentivo de contratualização Hospitais Filantrópicos	Outros	CNRAC	Transplantes	Novos Procedimentos	Outros

O Componente FAEC não tem valores fixo, dependendo da produção de serviços.

ANEXO I – c - BLOCO DE FINANCIAMEN TO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE

UF	Municípios	MEMÓRIAS DE CÁLCULO												
		VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E AMBIENTAL											VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
		TFVS	NÚCLEO VIG EPIDEMIO HOSPITALAR	SVO	PROMOÇÃO À SAÚDE	RESISTÊNCIA A INSETICIDA	CÂNCER DE BASE POP	LACEN	VIGISUS II	CAMPANHA DE VACINAÇÃO	DST/ AIDS	CONTRATAÇÃO DE AGENTE	TFVISA	TAXAS
													PAB VISA / TAM	

2/21/aaaa 10:25:50

livro12VANESSA.indd 522

ANEXO I – d - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

MEMÓRIAS DE CÁLCULO								
UF	Municípios	COMPONENTE BÁSICO						
		PARTE FIXA	PARTE VARIÁVEL					
		Incentivo a assistência farmacêutica básica	Hipertensão e Diabetes	Asma e Rinite	Saúde da Mulher	Saúde Mental	Combate a o Tabagismo	Alimentação e Nutrição
COMPONENTE ESTRATÉGICO								
Aquisição centralizada no Ministério da Saúde		Endemias	Anti-retrovirais do Programa DST/Aids	Imunobiológicos	Sangue e Hemoderivados			
ESTADOS		COMPONENTE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃ O EXCEPCIONAL						
		Medicamentos da Tabela de procedimentos SIA/SUS						

ANEXO I – e - BLOCO DE FINANCIAMENTO DA GESTÃO DO SUS

MEMÓRIAS DE CÁLCULO

UF	Municípios	COMPONENTE PARA A QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO DO SUS								
		Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento	Planejamento e Orçamento	Programação	Regionalização	Gestão do Trabalho	Educação em Saúde	Incentivo à Participação e Controle Social	Informação e Informática em Saúde	Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica

UF	Municípios	COMPONENTE PARA A IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE									
		Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	Implantação e Residências Terapêuticas em Saúde Mental	Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Implantação de Centros de Especia lidade Od ontológicas – CEO	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	Adesão à Contratualizaçã o dos Hospitais de Ensino

2/21/aaaa 10:25:50

livro12VANESSA.indd 523

ANEXO II - BLOCO DE FINANCIAMENTO DE GESTÃO DO SUS
COMPONENTE DE QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO

AÇÃO	OBJETIVO	MONTANTE DE RECURSO ANUAL - 2007	VALOR DE CADA PARCELA	PARCELA	CRITÉRIOS
Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria	Apoiar funcionamento dos Complexos Reguladores	60 milhões		Ùnica	Projeto de Regulação aprovado na CIB
				Mensal	A ser definido em portaria específica
	Apoiar os sistemas estaduais, municipais e do Distrito Federal de Auditoria	860 mil		Única	A ser definido em portaria específica
	Implantar ações de m onitoramento e avaliação nos estados e municípios	2 milhões		Anual	A ser definido em portaria específica
Planejamento e Orçamento	Apoiar as áreas de planejamento na implementação do PlanejaSUS	18 milhões		Única	Elaboração e pactuação na CIB de programa de trabalho para organização e/ou reorganização das ações de planejamento, com vistas à efetivação do Sistema de Planejamento do SUS e a conseguinte formulação dos instrumentos básicos do Planejamento. Conforme Portaria GM/MS nº 3.085, de 01/12/2006
Regionalização	Apoiar o desenvolvimento e manutenção do PDR Apoiar a organização e funcionamento dos Colegiados de Gestão Regional	10 milhões	R$ 20.000,00 por região de saúde [1]	Anual	Formação de Colegiado de Gestão Regional com reconhecimento p ela CIB – Estadual e informação a CIT para conhecimento
	SIS Fronteira	R$ 15.254.778,00	De acordo com a fase do Projeto	3 vezes	Adesão dos Municípios de até 10 Km da fronteira ao Projeto - Início Fase I.
	Promover a integração de ações e serviços de saúd e na região de fronteira e contribuir para o fortalecimento dos sistemas locais de saúde nos municípios fronteiriços				Conclusão da Fase I e início da Fase II. Início da Fase III Conforme PT/GM nº 1.188 de 5/06/2006 e PT GM/MS nº 1.189 de 5/06/2006
Educação na Saúde	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	35 Milhões	Conforme Portaria específica a ser publicada.	Trimestral	A ser definido em portaria específica
	Formação de Profissionais de Nível Técnico	50 Milhões	Conforme Portaria especí fica a ser publicada.	Trimestral	A ser definido em portaria específica
Gestão do Trabalho	Fortalecer as áreas de gestão do trabalho e educação na saúde nas SES e SMS.	R$ 6.356.500,00	Conforme estabelecido nas 4 etapas do componente I do ProgeSUS	Única	Critérios fixados na Portaria GM/MS nº 2261, de 26/09/ 2006
Incentivo à Participação do controle social	Ampliar mobilização dos movimentos sociais em defesa do SUS e da reforma sanitária; Fortalecer o processo de controle social, informatização, educação per manente e monitoramento.	R$ 11 milhões		Bianual	A ser definido em portaria específica.
Informação e Informática em Saúde	Gestão da Informação - Modelo BVS/Rede BiblioSVS - Política Editorial - Gestão arquivilógica - Patrimônio cultural da saúde	2 milhões		Bianual	Projeto aprovado na CIB Realizar ações em pel o menos 1 dos 4 eixos De acordo com a PT GM/MS nº 1.958 de 16/09/2004
Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica	Estruturar e organizar os serviços e ações de ass istência farmacêutica.	R$ 6 milhões		Anual	A ser definido em portaria específica.

2/21/aaaa 10:25:51

COMPONENTE DE IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

AREA	OBJETIVO	VALOR DE CADA PARCELA	CRITÉRIOS	PORTARIA EXISTENTE
Incentivo à implantação e/ou qualificação de políticas especificas	Implantação de Centros de Atenção Psicossocial	R$ 20.000,00 (CAPS I) R$ 30.000,00 (CAPS II e i) R$ 50.000,00 (CAPS III e ad)	Epidemiológico Populacional	PT GM/MS nº 245/05, de 18/02/2005 PT GM/MS nº 1935/04, de 16/09/2004
	Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial	R$ 10.000,00 em 3 parcelas	Projeto técnico do programa de qualificação dos CAPS De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 1.174/05, de 08/07/2005
	Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental	R$ 10.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 246/05, de 18/02/2005
	Fomento para ações de redução de danos em CAPS ad	R$ 50.000,00	Existência de CAPS ad Região Metropolitana	PT GM/MS nº 1.059/05, de 05/07/2005
	Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	R$ 5.000,00 R$ 10.000,00 R$ 15.000,00	Existência de geração de renda em curso	PT GM/MS nº 1.169/05, de 08/07/2005
	Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO	R$ 40.000,00 (CEO I) R$ 50.000,00 (CEO II) R$ 80.000,00 (CEO III)	Epidemiológico populacional	PT GM/MS nº 1572, de 29/07/2004 PT GM/MS nº 283, de 22/02/2005 PT GM/MS nº 599, de 23/03/2006 PT GM/MS nº 600, de 23/03/2006
	Implantação do serviço de atendimento móvel de Urgência – SAMU	R$ 50.000,00 R$ 100.000,00	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1863, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1864, de 29/09/2003 PT GM/MS nº 1828, de 2/09/2004
	Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase	Variável	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 585, de 06/04/2004
	Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador	R$ 50.000,00	De acordo com a Portaria	PT GM/MS nº 2437, de 09/12/2005
	Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino	Variável	De acordo com as Portarias	PT GM/MS nº 1702, de 17/08/2004 MEC/MS nº 1006, de 27/04/2004

livro12VANESSA.indd 524 2/21/aaaa 10:25:51

Referências Blibiográficas

ALMEIDA, Célia. Política e planejamento: o plano Leonel Miranda. Revista Saúde Pública, 2006.

CONASS. **Coleção Progestores – Legislação do SUS/Brasil. 2006.**

_____. CONASS 20 ANOS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2003

_____. SUS. Avanços e desafios. 2006.

Discurso do Ministro de Estado da Saúde, Agenor Álvares, na abertura do XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da Abrasco – Rio de Janeiro, agosto de 2006.

Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na abertura do XI Congresso Mundial de Saúde Pública e VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO – Rio de Janeiro, agosto de 2006.

Página na internet do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS – www.conass.org.br.

Página na internet do Diário Oficial da União – www.in.gov.br.

livro12VANESSA.indd 525 2/21/aaaa 10:25:52

Página na internet do Ministério da Saúde – www.saude.gov.br.

SCOTTI, R. Anotações pessoais a partir desde, 1977. Para entender a NOB-96. Ministério da Saúde, 1996 (Nota Técnica).

MENDES, E. V. Os Grandes Dilemas do SUS: tomos I e II. Casa da Qualidade Editora, 2001.

livro12VANESSA.indd 526 2/21/aaaa 10:25:52

livro12VANESSA.indd 527 2/21/aaaa 10:25:52

livro12VANESSA.indd 528 2/21/aaaa 10:25:52