

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Assistência à Saúde
Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência

**REGIONALIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA À SAÚDE:
APROFUNDANDO A DESCENTRALIZAÇÃO
COM EQUIDADE NO ACESSO**

Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01
(Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar)

Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116

Brasília, DF
2001

© 2002. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116

Tiragem: 10.000 exemplares

José Serra

Ministro de Estado da Saúde

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Assistência à Saúde

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 8.º andar, sala 838

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 2630

Fax: (61) 315 2963

Secretaria de Políticas de Saúde

Tel.: (61) 315 2224

Fax: (61) 315 0063

Revisão, normalização, editoração, impressão e acabamento

Editora MS/Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE/Ministério da Saúde

SIA Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tel.: (61) 233 1774/2020

Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catálogo na fonte

Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde.

Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

114 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 116)

ISBN 85-334-0370-4

1. Assistência à saúde – Regionalização. 2. Descentralização. 3. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Assistência à Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM WA 540 DB8

2002

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4, Lotes 540/610

71200-040, Brasília – DF

Fones: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

SUMÁRIO

Apresentação	5
Parte 1 Introdução a NOAS-SUS 01/01	7
1.1 Justificativa	9
1.2 Objetivos.....	14
1.3 Estratégias Propostas	15
1.3.1 A Elaboração do Plano de Regionalização do Estado e a Organização Regionalizada da Assistência.....	16
1.3.1.1 Ampliação da Atenção Básica	17
1.3.1.2 A Garantia do Primeiro Nível de Referência Intermunicipal e a Qualificação de Regiões/Microrregiões na Assistência à Saúde	18
1.3.1.3 Organização da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	19
1.3.1.4 Assistência de Alta Complexidade	20
1.3.2 Fortalecimento da Capacidade de Gestão do SUS	21
1.3.2.1 Implementação da Programação Pactuada e Integrada (PPI).....	21
1.3.2.2 Garantia de Acesso da População Referenciada entre Municípios	22
1.3.2.3 Fortalecimento da Regulação, Controle e Avaliação do SUS	23
1.3.2.4 Hospitais Públicos sob Gestão de outro Nível de Governo.....	24
1.3.3 Revisão dos Critérios de Habilitação de Municípios e Estados	25
1.3.3.1 Habilitação de Municípios	25
1.3.3.2 Habilitação de Estados	26
1.3.3.3 Critérios para Desabilitação de Estados e Municípios	26
Parte 2 NOAS-SUS 01/01	27
Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial de 29 de janeiro de 2001.....	29
Anexo da Portaria MS/GM n.º 95 – Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS 01/01	31
Introdução	31
Capítulo I – Regionalização	32
Capítulo II – Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS	41
Capítulo III – Critérios de Habilitação e Desabilitação de Municípios e Estados	46
Capítulo IV – Disposições Transitórias.....	58
Anexo 1 – Responsabilidades e Ações Estratégicas Mínimas de Atenção Básica	60
Anexo 2 – Elenco de Procedimentos a Serem Acrescentados aos da Relação Atual de AB, Financiada pelo PAB	64
Anexo 3A – Elenco Mínimo de Procedimentos da Média Complexidade Ambulatorial, a Ser Ofertado nos Municípios-Sede de Módulos Assistenciais.....	65
ANEXO 3B – Serviços de Internação Hospitalar Obrigatoriamente Disponíveis em Municípios-Sede de Módulos Assistenciais	68
Anexo 4 – Termo de Compromisso para Garantia de Acesso (Minuta).....	69
Anexo 5 – Termo de Compromisso entre Entes Públicos (Minuta)	75

Parte 3 Regulamentação Complementar.....	81
Instrução Normativa GM/MS n.º 1, de 6 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial de 9 de abril de 2001 (regulamentação do processo de habilitação)	83
Capítulo I – Da Habilitação	83
Capítulo II – Da Desabilitação	88
Capítulo III – Da Suspensão dos Repasses Financeiros	89
Capítulo IV – Das Disposições Gerais	90
Anexo I – Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/01.....	91
Anexo II – Sistematização do Processo de Atualização de Municípios Habilitados nos Termos da NOB-SUS 01/96 Pleiteantes à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/01.....	93
Anexo III – Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal – NOAS-SUS 01/01.....	94
Anexo IV – Sistematização do Processo de Habilitação de Estados – Requisitos Comuns às Duas Condições de Gestão – NOAS-SUS 01/01	96
Anexo V – Requisitos Específicos para Habilitação de Estado à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual – NOAS-SUS 01/01.....	98
Anexo VI – Requisitos Específicos para Habilitação de Estado à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual – NOAS-SUS 01/01.....	98
Anexo VII – Termo de Habilitação – Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/01.....	99
Anexo VIII – Termo de Habilitação – Município Habilitado nos Termos da NOB SUS 01/96, Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/01	101
Anexo IX – Termo de Habilitação – Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal – NOAS-SUS 01/01	103
Anexo X – Termo de Habilitação – Estado Pleiteante à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual – NOAS-SUS 01/01.....	106
Anexo XI – Termo de Habilitação – Estado Pleiteante à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual – NOAS-SUS 01/01	108
Instrução Normativa GM/MS n.º 2, de 6 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial de 9 de abril de 2001 (regulamentação da elaboração do Plano Diretor de Regionalização)	111
Capítulo I – Da Elaboração do Plano Diretor de Regionalização.....	111
Capítulo II – Da Tramitação do Plano Diretor de Regionalização	111
Capítulo III – Dos Requisitos para Aprovação e Meios de Verificação do Plano Diretor de Regionalização	112
Capítulo IV – Da Qualificação das Regiões/Microrregiões.....	113
Capítulo V – Da Tramitação da Solicitação de Qualificação das Regiões/Microrregiões de Saúde	114
Capítulo VI – Das Considerações Finais	114

APRESENTAÇÃO

Esta publicação tem por objetivo apresentar diretrizes para o avanço do processo de descentralização em saúde, baseadas na macroestratégia de regionalização, visando garantir o acesso de todos os cidadãos brasileiros a ações de saúde resolutivas e de boa qualidade em todos os níveis de atenção.

Esse conjunto de diretrizes resulta de um amplo processo de debate e negociação, iniciado em abril de 2000 quando, em decorrência de solicitação da Comissão Intergestores Tripartite, o Ministério da Saúde apresentou a primeira versão de uma proposta para o processo de regionalização em saúde, visando fomentar a discussão com outros atores setoriais.

A partir de então, a proposta preliminar apresentada passou por uma série de modificações, em função das contribuições de diversos setores do Ministério da Saúde, do Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, entre abril e dezembro de 2000, promoveram e participaram de diversas reuniões sobre o tema, bem como enviaram ao Ministério diversos documentos com críticas, sugestões e propostas de encaminhamento.

Como resultado dessa fase de debate, em dezembro de 2000 o Conselho Nacional de Saúde publicou uma moção de apoio à proposta de regionalização da saúde e uma resolução estabelecendo princípios orientadores para esse processo. No mesmo mês, a Comissão Intergestores Tripartite aprovou a minuta de regulamentação da regionalização da assistência à saúde apresentada pelo Ministério da Saúde, publicada por meio da Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, no Diário Oficial de 29 de janeiro de 2001, como a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2001 – NOAS-SUS 01/01.

A NOAS-SUS 01/01 baseia-se, portanto, no reconhecimento da regionalização em saúde fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, nesse momento específico da implementação do Sistema Único de Saúde. Vale destacar que o aprofundamento do processo de regionalização só é possível em face dos avanços decorrentes do intenso processo prévio de descentralização, com ênfase na municipalização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96, que possibilitou a emergência de milhares de gestores municipais como atores políticos e afirmou a sua responsabilidade sanitária. Além disso, a experiência acumulada com o processo de descentralização trouxe novos elementos para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde.

A presente publicação visa auxiliar os gestores e técnicos da área da saúde na compreensão e operacionalização do conjunto de diretrizes compreendidas na NOAS-SUS 01/01 e em sua regulamentação complementar, dividindo-se em três partes:

- Parte I – Introdução a NOAS-SUS 01/01 – Antecedentes, justificativa e objetivos da macroestratégia de regionalização, bem como fundamentos de cada grupo de estratégias expresso na NOAS-SUS 01/01
- Parte II – NOAS-SUS 01/01
- Parte III – Regulamentação complementar a NOAS-SUS 01/01

Cabe ressaltar que, em face da grande heterogeneidade existente no País, as diversas unidades da federação encontram-se em momentos muito diferentes, no que diz respeito à descentralização e regionalização em saúde. Sem pretender dar conta da imensa diversidade nacional, e, tampouco, esgotar as possibilidades de inovação e planejamento criativo pelos gestores locais, o estabelecimento de diretrizes gerais para o processo de regionalização da assistência visa avançar na consolidação do SUS, por meio da adoção de medidas que promovam maior equidade no acesso da população às ações de saúde. Espera-se que os gestores estaduais e municipais possam se apropriar de forma diferenciada, fazer adaptações e avançar para além das diretrizes aqui apresentadas.

PARTE 1

INTRODUÇÃO À NOAS-SUS 01/01

- **Justificativa**
- **Objetivos**
- **Estratégias propostas**

1.1 JUSTIFICATIVA

A implantação das Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB 01/93 e NOB 01/96) 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.

Em dezembro de 2000, a habilitação nas condições de gestão previstas na NOB 01/96 já havia atingido 99% do total dos municípios do País (Quadro 1). 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 (controle e avaliação, programação, financiamento, entre outras).

No que diz respeito aos estados, ao final do ano 2000, oito encontravam-se habilitados nas condições de gestão prevista na NOB 96, enquanto as solicitações de habilitação de mais seis estados¹ estavam em processo de análise na Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS). Em alguns estados, houve avanços significativos na organização e articulação da rede de serviços, mediante o desenvolvimento do processo de programação integrada, a implantação de centrais de regulação, o fortalecimento do controle e avaliação e a organização de consórcios intermunicipais ou ainda por meio da formulação e progressiva implementação de planos de regionalização promovidos pelas secretarias estaduais de saúde, em conjunto com os municípios.

A expressiva transferência de responsabilidades e atribuições para os estados e municípios nos anos 90 foi acompanhada por um crescimento acelerado das transferências fundo a fundo (Quadro 2), contribuindo para a substituição progressiva da lógica de pagamento por produção diretamente pelo gestor federal.

¹ Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Pará, Amapá, Goiás e Mato Grosso. A habilitação do Estado do Ceará à condição de GPSE foi recentemente aprovada e entrará em vigor a partir de janeiro de 2001.

QUADRO 1
SITUAÇÃO DE HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SEGUNDO AS CONDIÇÕES
DE GESTÃO DA NOB/SUS – 01/96 – Posição em dezembro de 2000

ESTADO	TOTAL	PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA		PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL		TOTAL DE PLEITOS APROVADOS	
	MUNIC.	MUNIC.	%	MUNIC.	%	MUNIC.	%
AC	22	16	72,73	1	4,55	17	77,27
AL	101	86	85,15	14	13,86	100	99,01
AM	62	53	85,48	6	9,68	59	95,16
AP	16	13	81,25	1	6,25	14	87,50
BA	415	398	95,90	12	2,89	410	98,80
CE	184	155	84,24	29	15,76	184	100,00
ES	77	42	54,55	35	45,45	77	100,00
GO	242	227	93,80	15	6,20	242	100,00
MA	217	170	78,34	44	20,28	214	98,62
MG	853	776	90,97	55	6,45	831	97,42
MS	77	68	88,31	8	10,39	76	98,70
MT	126	125	99,21	1	0,79	126	100,00
PA	143	106	74,13	33	23,08	139	97,20
PB	223	217	97,31	6	2,69	223	100,00
PE	185	171	92,43	14	7,57	185	100,00
PI	221	220	99,55	1	0,45	221	100,00
PR	399	386	96,74	13	3,26	399	100,00
RJ	91	71	78,02	20	21,98	91	100,00
RN	166	155	93,37	10	6,02	165	99,40
RO	52	41	78,85	11	21,15	52	100,00
RR	15	14	93,33	1	6,67	15	100,00
RS	467	454	97,22	10	2,14	464	99,36
SC	293	273	93,17	20	6,83	293	100,00
SE	75	75	100,00	0	0,00	75	100,00
SP	645	480	74,42	159	24,65	639	99,07
TO	139	135	97,12	4	2,88	139	100,00
BRASIL	5.506	4.927	89,48	523	9,50	5.450	98,98

Fonte: Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde

QUADRO 2
INDICADORES DE EVOLUÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO NO SUS, SEGUNDO AS NORMAS
OPERACIONAIS BÁSICAS DE 1993 (VIGÊNCIA 94/97) E 1996 (VIGÊNCIA 98/00)
Posição no final de cada exercício

INDICADOR / ANO	Dez/94	Dez/95	Dez/96	Dez/97	Dez/98	Dez/99	Dez/00
N.º de municípios recebendo recursos fundo a fundo	24	56	137	144	5049 (*1)	5350 (*2)	5450 (*3)
N.º de estados recebendo recursos fundo a fundo	-	-	-	-	2 (*4)	7 (*5)	8 (*6)
% da população residente nos municípios / estados que recebem fundo a fundo	4,35%	9,34%	15,99%	17,29%	89,85% (*7)	99,26% (*7)	99,72% (*7)
% do total de recursos assistenciais transferido fundo a fundo (*8)	6,19%	12,50%	22,91%	24,06%	52,50% (*9)	58,09% (*9)	60,72% (*9)

Fonte: Ministério da Saúde – SAS (dados de habilitação de 1994 a 1996 e 2000 e financeiros de 1994 a 2000) e SPS (dados de habilitação de 1997 a 1999)

Notas: (*1) – Sendo 449 municípios em Gestão Plena de Sistema e 4.600 em Gestão da Atenção Básica.

(*2) – Sendo 496 municípios em Gestão Plena de Sistema e 4.854 em Gestão da Atenção Básica.

(*3) – Sendo 523 municípios em Gestão Plena de Sistema e 4.927 em Gestão da Atenção Básica.

(*4) – Alagoas (Gestão Plena) e Distrito Federal (Gestão Avançada).

(*5) – Alagoas, Distrito Federal e Paraná (Gestão Plena); Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, e São Paulo (Gestão Avançada).

(*6) – Alagoas, Distrito Federal, Paraná e Santa Catarina (Gestão Plena); Bahia, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, e São Paulo (Gestão Avançada).

(*7) – Inclui população dos municípios não habilitados dos estados em Gestão Plena e Avançada.

(*8) – Dados correspondentes a Portarias de habilitação publicadas pelo MS, com efeitos financeiros na competência Dezembro de cada ano.

(*9) – Inclui os incentivos PACS/PSF do PAB variável para manter comparabilidade com o período 94/97, quando essa atividade era remunerada através do SIA/SUS.

A experiência acumulada na medida em que o processo de gestão descentralizada do sistema se fortalece, principalmente em decorrência da generalização da municipalização, evidencia um conjunto de problemas e desafios em relação a aspectos críticos para a consolidação do SUS.

A peculiaridade do arranjo federativo brasileiro estabelecido pela Constituição Federal de 1988, em que tanto estados quanto municípios constituem-se em entes federados, sem relação hierárquica, torna complexa a construção de um sistema nacional de saúde, fundado em princípios avançados de unicidade, universalidade e integralidade da atenção e na diretriz de descentralização com comando único em cada nível de governo. Do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde, a marcante heterogeneidade entre estados, e mais ainda entre municípios, torna mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa 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 de saúde completo, ou seja, capaz de oferecer ações de saúde de todos os níveis de complexidade, assim como existem dezenas de maior porte que 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 não pode passar por restrições burocráticas de acesso, para garantir a universalidade e a integralidade do SUS e evitar a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e o conseqüente risco de atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos.

Apenas ao longo dos últimos três anos, com o envolvimento de quase todos os municípios e do conjunto de estados, começou a ser disseminada a idéia de que, paralelamente e sem prejuízo do debate das questões de natureza político-administrativa referentes à divisão de atribuições entre a União, os estados e os municípios, a consolidação do SUS exige a consideração de variáveis técnico-operacionais, territoriais, populacionais e assistenciais próprias da conformação de redes regionalizadas e resolutivas de serviços. O desafio técnico-político de compatibilização de ambas as diretrizes já estava, entretanto, previsto no próprio texto constitucional de 1988:

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 – ARTIGO 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:

- **descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;....”

Foi assim, do próprio avanço da descentralização, que surgiram as demandas pelo enfrentamento desses problemas/obstáculos, dentre os quais já podem ser identificados os relacionados a:

- 1 **Divisão de responsabilidades entre estados e municípios:** parcela significativa dos pactos de gestão entre estados e municípios vem sendo estabelecida segundo critérios pouco adequados à organização funcional do sistema, tais como partilhas de gestão por natureza jurídica dos prestadores de serviços. Alguns desses pactos prejudicam a organização do sistema e fragilizam o comando efetivamente público do gestor sobre o sistema e a subordinação dos prestadores às necessidades de saúde identificadas pelos gestores. Em alguns estados, ainda existem unidades básicas de saúde sob gestão estadual e também são freqüentes as situações de conflito relacionadas à divisão de responsabilidades de gestão e gerência de hospitais estaduais que não foram repassados aos municípios.
- 2 **Processo de habilitação:** em muitos casos de caráter cartorial, compreendendo apenas o cumprimento de requisitos formais, que pouco informam sobre o funcionamento real e as responsabilidades assistenciais dos sistemas municipais e estaduais e sobre suas prioridades de intervenção para melhoria das condições de saúde da população, o processo de habilitação dos estados tem sido mais lento do que o dos municípios e, em um primeiro momento, não apresentou uma relação direta com a capacidade efetiva da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de exercer todas as funções gestoras do sistema estadual de saúde. A maciça habilitação dos municípios na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) representou um avanço do ponto de vista da responsabilização de milhares de gestores municipais e aumento da equidade na alocação de recursos por meio da implantação do Piso de Atenção Básica (PAB), mas não assegurou a qualidade e efetividade da atenção básica em todos esses municípios – muitos dos quais apresentam indicadores de resultados inaceitáveis –, nem tampouco é suficiente para garantir o acesso dos cidadãos aos demais níveis de atenção. A habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), por sua vez, representou um importante avanço para centenas de municípios que passaram a dispor de maior autonomia de gestão. Por outro lado, não foi suficiente para assegurar sua inserção e papel de referência nas redes regionais/estaduais de serviços, o que pode ser demonstrado pelas situações de conflito relacionadas à imposição de barreiras de acesso à população residente em outros municípios.
- 3 **Financiamento do sistema:** a alocação dos recursos financeiros permanece fortemente vinculada à lógica da oferta de serviços, atrelada à série histórica de gastos e de produção, à capacidade instalada e às necessidades de receita dos prestadores de serviços de saúde, o que mantém a concentração de recursos nas áreas mais desenvolvidas e em ações nem sempre compatíveis com o perfil de necessidades da população. No âmbito dos estados, os critérios adotados para a distribuição de

recursos entre os municípios em geral são pouco explícitos, sendo que muitos sequer estabeleceram os tetos financeiros para todos os seus municípios, deixando essa definição para o momento de habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), quando se torna potencialmente geradora de conflitos. Se os mecanismos de transferência fundo a fundo, implantados pela NOB 01/93 e pelo Decreto 1.232/94 e implementados aceleradamente a partir da NOB 01/96, alteraram profundamente o fluxo de recursos, isso não significa que transformaram a lógica de sua alocação, por terem se baseado em séries históricas contaminadas pelo perfil vigente de oferta. O comando da utilização dos recursos determinado pelo mercado existente de serviços dificulta a seleção de prioridades de intervenção e a reorganização da rede de unidades, produzindo a manutenção das iniquidades distributivas e da ineficiência alocativa.

- 4 **Planejamento e organização funcional do sistema:** embora muitos estados tenham formalmente conduzido processos de “Programação Pactuada e Integrada (PPI)”, sua implementação tem sido efetiva em poucos casos, dificultando a integração intermunicipal. As limitações da capacidade de planejamento e coordenação das SES aumentam o risco de atomização dos sistemas municipais e de conseqüências indesejáveis, como a incorporação tecnológica irracional e implantação de barreiras de acesso a residentes em outros municípios. A prática corrente de contratação de serviços privados e da construção de unidades públicas sem a prévia análise do perfil da oferta existente cotejado com a projeção da demanda e com estimativa de necessidades da população, impede a estruturação de uma rede regionalizada e resolutive de unidades assistenciais. A expansão de estabelecimentos das décadas de 70, 80 e 90 produziu um vasto conjunto de unidades assistenciais com oferta desordenada e superposta e relações assistemáticas, frágeis e eventuais entre os serviços, impedindo que qualquer reorientação do modelo de atenção atinja os principais centros econômicos do País e dificultando a conformação de uma rede regionalizada e resolutive de unidades.
- 5 **Resolutividade e acesso aos serviços:** a atual configuração do elenco de procedimentos incluídos na atenção básica (Piso de Atenção Básica fixo – PAB fixo) é restrita, apresentando baixa capacidade de resolução dos problemas mais freqüentes dos usuários. Simultaneamente, ocorrem dificuldades de acesso à assistência de média e de alta complexidade, em especial em face da enorme concentração desses serviços em poucos municípios e mesmo a completa inexistência de determinados serviços de alta complexidade em diversos estados. O instrumental operacional utilizado para referências intermunicipais e interestaduais tem sido insuficiente para garantir o acesso, carecendo da utilização intensiva de mecanismos de comunicação/intercâmbio entre as distintas unidades de saúde e órgãos gestores.
- 6 **Monitoramento e avaliação contínua de desempenho:** em geral não existe avaliação rotineira e sistemática do desempenho dos órgãos gestores e de monitoramento da implementação das atividades previstas nas Programações Pactuadas Integradas (PPI) e Planos de Saúde. O próprio controle e a auditoria da prestação de serviços por terceiros e dos conseqüentes faturamentos apresentam fragilidades e descontinuidades. Em síntese, tanto o Ministério da Saúde (MS), quanto a maior parte dos estados, não dispõem de diagnósticos analíticos suficientemente precisos do funcionamento dos sistemas estaduais e municipais para o desenvolvimento mais adequado de estratégias e iniciativas de cooperação técnica e decisões de investimento.
- 7 **Processo de habilitação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e transferências fundo a fundo:** o atual processo de habilitação dos municípios já atingiu seu ápice, sendo residual o número de municípios que ainda não se encontra em uma das condições de gestão previstas na NOB 96. A taxa de crescimento do volume de recursos transferidos fundo a fundo, bastante significativa no primeiro ano de vigência da referida Norma, apresentou uma desaceleração no período de dezembro de 1998 a dezembro de 2000, indicando a importância de se desenvolver novos mecanismos para ampliar a

descentralização dos recursos financeiros e buscar a superação progressiva dos mecanismos de repasse entre gestores por produção de serviços (ver Quadro 2).

O conjunto de estratégias apresentadas neste documento visa contribuir para a superação dos problemas e o enfrentamento dos desafios descritos. Parte-se do pressuposto de que, neste momento da implantação do SUS, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço da descentralização e da integração de sistemas municipais que, por sua vez, representam os pilares fundamentais para garantia da universalidade, integralidade da atenção, aumento da equidade alocativa e, particularmente, da equidade de acesso aos serviços de saúde.

O aprofundamento do processo de descentralização deve enfatizar a regionalização e o aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais que envolvam todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora da SES. Além da lógica político-administrativa 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, 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, bem como as 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.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Objetivos Específicos

- Fortalecer a capacidade de planejamento e organização dos sistemas estaduais, articulando e integrando os sistemas municipais.
- Fortalecer as capacidades gestoras das SES e SMS em suas funções de contratação, regulação, controle, auditoria e avaliação de serviços, bem como de monitoramento e avaliação dos resultados do sistema de saúde.
- Definir a divisão de responsabilidades entre estados e municípios na gestão do SUS, de forma clara e coerente com a organização de sistemas funcionais de atenção.
- Responsabilizar as SMS pela garantia de acesso dos seus próprios munícipes e dos usuários formalmente referenciados aos serviços localizados em seu território.
- Responsabilizar as SES pela coordenação do processo de regionalização, da Programação Pactuada e Integrada e do estabelecimento de referências intermunicipais, a ser desenvolvido em conjunto com os municípios.
- Promover a definição do papel de cada município na rede regionalizada e resolutiva.

- Aperfeiçoar o processo de habilitação de estados e municípios à gestão descentralizada do SUS, superando seu caráter cartorial e contemplando a heterogeneidade dos entes federados brasileiros.
- Concluir a habilitação de 100% dos municípios a gestão descentralizada do SUS e agilizar a habilitação dos estados à Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).
- Reverter a lógica do financiamento centrada na oferta de serviços, buscando orientar o processo alocativo pelas necessidades de saúde e assegurar a sustentabilidade das intervenções prioritárias da política de saúde.
- Incrementar o volume absoluto das transferências fundo a fundo e sua proporção no total das despesas do Ministério da Saúde.
- Definir os limites financeiros de recursos federais alocados em todos os municípios do País, considerando suas bases territoriais-populacionais e unidades assistenciais neles sediadas, explicitando os recursos destinados aos residentes e às referências intermunicipais.
- Promover maior equidade na alocação de recursos, por meio do aumento de transferência fundo a fundo de recursos calculados em base *per capita*, para o financiamento das ações básicas e ações selecionadas de média complexidade.
- Promover a melhoria da qualidade de atenção e do acesso dos cidadãos às ações de saúde de todos os níveis de complexidade, independente de seu município de residência.

1.3 ESTRATÉGIAS PROPOSTAS

O conjunto de propostas regulamentado na NOAS-SUS 01/01 assume a regionalização como macroestratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, nesse momento específico da implantação do SUS.

A macroestratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

A NOAS-SUS 01/01 aborda três grupos de estratégias articuladas que visam contribuir para o processo de regionalização em saúde, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso:

- Elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência, visando a conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.
- Fortalecimento das capacidades gestoras do SUS, que compreende um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento/programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores.

- Atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios, visando superar o caráter cartorial desse processo e torná-lo coerente com o conjunto de mudanças propostas.

Com o objetivo de auxiliar os gestores e técnicos na leitura da NOAS-SUS 01/01 e na operacionalização das propostas, a seguir são discutidos, sumariamente, alguns fundamentos e aspectos chave em relação a cada grupo de estratégias.

1.3.1 A Elaboração do Plano de Regionalização do Estado e a Organização Regionalizada da Assistência

A elaboração do Plano Diretor de Regionalização consiste em um processo, coordenado pela SES e que envolve o conjunto de municípios, de delimitação de regiões de saúde que cubram todo o estado e de planejamento das ações/serviços de saúde com enfoque territorial-populacional, não necessariamente restrito à abrangência municipal, mas respeitando seus limites e a autoridade do gestor municipal, que garanta níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população.

No âmbito da estratégia de regionalização em saúde em cada estado, as SES devem promover um processo de planejamento integrado entre as SMS que resulte em um Plano Diretor de Regionalização. Esse Plano deve ser visto como um dos produtos de um processo dinâmico e permanente de planejamento em saúde, que sirva como instrumento de orientação da regionalização, ao explicitar prioridades de intervenção voltadas para as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

O Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, deve ser elaborado pela SES, com a participação das SMS, em uma perspectiva de territorialização, garantia de acesso e de integração dos municípios nas regiões de saúde do estado. Essas instâncias regionais constituem espaços de referência para o planejamento e não devem reproduzir ou constituir unidades administrativas do sistema, que configuram competências exclusivas dos órgãos gestores estaduais e municipais. Dessa forma, nos estados que apresentam estruturas de representação regional da SES, as regiões de planejamento em saúde não serão necessariamente coincidentes com a abrangência dessas estruturas.

Recomenda-se que se defina claramente, de preferência no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite, a forma de desencadeamento e os passos do processo de planejamento integrado e de elaboração do Plano Diretor de Regionalização em cada Unidade da Federação.

Os modelos de regionalização adotados podem ser muito diferentes entre as unidades da federação, dependendo de suas especificidades. Além disso, sabe-se que as diversas UF encontram-se em momentos muito diferentes, no que diz respeito ao processo de descentralização e à regionalização em saúde. O estabelecimento de algumas diretrizes para a elaboração do Plano Diretor de Regionalização visa propiciar avanços nesse processo, que certamente evoluirá de forma diferente em cada UF, tendo em vista a sua realidade sanitária e experiência prévia com a regionalização em saúde.

Desta forma, o conceito de região de saúde adotado na NOAS-SUS 01/01 é bastante amplo, uma vez que esta definição deve ser feita no âmbito de cada UF, de acordo com as características do estado (demográficas, epidemiológicas, entre outras), as prioridades de atenção identificadas e o modelo de regionalização adotado. Algumas UF podem apresentar macro e microrregiões de saúde; outras apenas regiões de saúde, ou regiões e microrregiões. Já o conceito de módulo assistencial está mais fortemente atrelado à organização da assistência, visto que corresponde a um nível mínimo de resolutividade da atenção.

Além de estabelecer diretrizes gerais para a elaboração do Plano Diretor de Regionalização no âmbito dos estados, a NOAS-SUS 01/01 apresenta propostas de organização da assistência, diferenciadas para os vários

níveis de complexidade, voltadas para a conformação de um sistema de atenção funcional e resolutivo em todos os níveis. A seguir, são sumariamente caracterizadas as estratégias de ampliação da atenção básica, qualificação das microrregiões na assistência à saúde, organização da média complexidade e política para a alta complexidade.

1.3.1.1 Ampliação da Atenção Básica

A experiência acumulada nos dois primeiros anos de habilitação na Norma Operacional Básica – NOB 01/96 e de implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) sugere que, apesar dos avanços observados em muitos municípios, persistem problemas no âmbito das ações básicas de saúde e dos indicadores de resultados alcançados.

A estratégia de ampliação da Atenção Básica (AB), apresentada na NOAS-SUS 01/01, busca definir, de forma mais clara, as responsabilidades e garantir a qualidade e efetividade das ações correspondentes a esse nível de atenção. Essa estratégia parte da identificação de um conjunto de ações necessárias para uma atenção adequada aos problemas de saúde mais frequentes na maior parte do território brasileiro, bem como da necessidade de garantir que essas ações sejam ofertadas com qualidade e efetividade no âmbito municipal, o mais próximo possível do local de residência dos usuários.

O conceito de Atenção Básica Ampliada adotado na NOAS-SUS 01/01 se relaciona ao conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os municípios do País em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população. Além das áreas estratégicas de AB que representam problemas de saúde de da AB, dependendo de suas relevância nacional, os diversos estados e municípios podem definir complementarmente as responsabilidades especificidades epidemiológicas.

Do ponto de vista do modelo assistencial, um eixo importante para a ampliação e qualificação da Atenção Básica é a estratégia de Saúde da Família, que configura uma inflexão no modelo assistencial, ao enfatizar a integralidade da atenção e organizar o acesso da população aos demais níveis de complexidade do sistema.

O financiamento da proposta de ampliação da Atenção Básica pressupõe o aumento do repasse de recursos em uma base *per capita*, a ser efetivado mediante a ampliação do valor fixo do Piso de Atenção Básica. O repasse desses recursos, entretanto, estará condicionado a uma avaliação dos municípios quanto ao seu desempenho na AB e capacidade de garantir à sua população, com suficiência e qualidade, as ações correspondentes à Atenção Básica Ampliada.

Além disso, o gestor municipal deverá participar ativamente do processo de regionalização e de Programação Pactuada e Integrada no estado, visando garantir o acesso de sua população aos outros níveis de atenção, cujos serviços não estejam em seu território. Nesse sentido, é particularmente importante assegurar o acesso ágil de sua população, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de serviços de média complexidade frequentemente necessários para a resolução dos problemas de saúde mais comuns que, entretanto, nem sempre podem ser ofertados no âmbito municipal por motivos variados (pequeno porte populacional, carência de profissionais, questões de economia de escala). A organização desse primeiro nível de referência intermunicipal será tratada no próximo subitem.

1.3.1.2 A Garantia do Primeiro Nível de Referência Intermunicipal e a Qualificação de Regiões/Microrregiões na Assistência à Saúde

Do ponto de vista da organização da **assistência à saúde**, além da melhoria da qualidade e resolutividade da Atenção Básica, no âmbito municipal, é importante garantir o acesso de toda a população, o mais próximo possível de sua residência, a um grupo de serviços conformadores do primeiro nível de referência em média complexidade, nem sempre disponível em todos os municípios, que compreende: laboratório, radiologia simples, ultra-sonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia básica, algumas ações odontológicas especializadas e leitos hospitalares para atendimento do parto normal, primeiro atendimento em clínica médica e pediatria.

Visando possibilitar maior flexibilidade para os estados adequarem o modelo proposto na NOAS-SUS 01/01 à sua realidade, na referida Norma diferenciou-se os conceitos de módulo assistencial e de microrregião/região de saúde.

O **módulo assistencial** pode ser definido como uma base territorial que apresente resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência de média complexidade, constituído por um ou mais municípios.

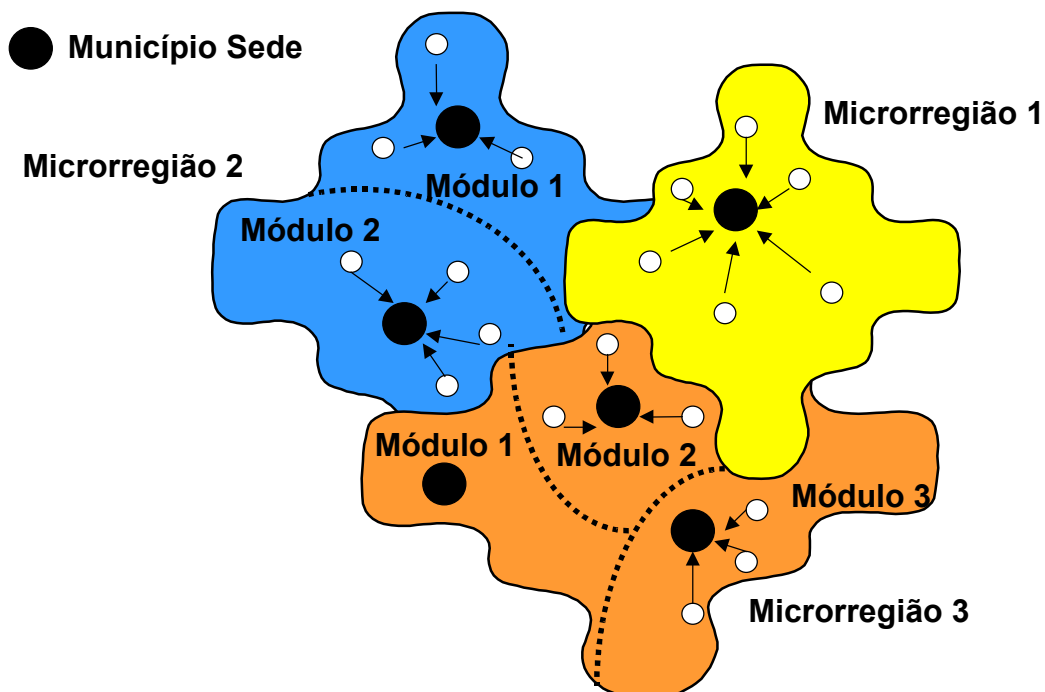
O **município-sede do módulo assistencial** deve ser necessariamente habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e ter capacidade de ofertar a totalidade dos serviços constantes do primeiro nível de referência com suficiência para a sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos, conforme definido no processo de regionalização e na programação integrada entre gestores. A definição de abrangência de um módulo assistencial, por sua vez, deve considerar as especificidades de cada estado (acessibilidade, dispersão da população, distribuição e características dos serviços). É importante adotar critérios de ordenamento da oferta voltados para a melhoria de acesso da população às ações de saúde, ao mesmo tempo em que se evita a proliferação indiscriminada e disfuncional de serviços.

A **região/microrregião de saúde** representa uma base territorial de planejamento – e não uma estrutura administrativa ou operacional – a ser definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada estado, considerando variáveis geográficas, sanitárias, epidemiológicas, de oferta de serviços, entre outras. De acordo com a Instrução Normativa 02, de 6 de abril de 2001, cada estado deverá estabelecer o critério que definirá a unidade mínima de qualificação (região ou microrregião de saúde), que deverá agregar oferta assistencial em relação ao módulo.

Dessa forma, a qualificação das regiões ou microrregiões na assistência à saúde compreende, em linhas gerais: (i) a delimitação das bases territoriais de planejamento em cada estado, explicitando os critérios de definição de cada nível de organização do território; (ii) a definição de módulos assistenciais de municípios-sede para o primeiro nível de referência; e (iii) a explicitação de sua população de abrangência.

De acordo com o modelo de regionalização adotado no âmbito estadual, uma região ou microrregião de saúde pode compreender um ou mais módulos assistenciais que apresentem o nível de resolutividade acima descrito. Da mesma forma, podem existir também na microrregião/região municípios em GPSM que, apesar de disporem de ações e serviços com resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência para a sua própria população, não precisem desempenhar o papel de sede para outros municípios. Nesse caso, pode haver um módulo assistencial constituído por um único município. A figura a seguir procura representar as relações possíveis entre microrregiões/regiões, módulos assistenciais e municípios-sede:

Qualificação das Microrregiões na Assistência à Saúde Estado Exemplo



O **processo de qualificação na assistência** se dará por região ou microrregião de saúde, após avaliação de sua situação, conforme critérios descritos na NOAS-SUS 01/01. A qualificação de uma região/microrregião resultará na transferência fundo a fundo para o município-sede de cada módulo de um **valor per capita nacional** correspondente à oferta do conjunto mínimo de serviços ambulatoriais de média complexidade que compõem o primeiro nível de referência para o atendimento da população adscrita àquele município, e dos recursos financeiros para as ações hospitalares, de acordo com a PPI. Conforme detalhado na NOAS-SUS 01/01, no limite financeiro do município-sede deverá estar separado o montante de recursos destinado ao atendimento de sua população e o montante correspondente ao atendimento da população referenciada.

Verificam-se no âmbito dessa estratégia, portanto, as seguintes inovações: (i) do ponto de vista do acesso, o estabelecimento de diretrizes para a organização do primeiro nível de referência, voltado para a resolução dos problemas de saúde mais freqüentes da população brasileira; (ii) do ponto de vista da gestão, o estímulo ao planejamento integrado entre gestores municipais, a introdução de novos mecanismos para a garantia da referência e a responsabilização dos estados no apoio aos municípios para a organização dessas redes e coordenação do sistema de referência; e (iii) do ponto de vista financeiro, o aumento do aporte de recursos diretamente aos municípios em uma base *per capita* nacional, propiciando mais um avanço em termos de equidade na alocação de recursos.

1.3.1.3 Organização da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Além das ações de média complexidade do primeiro nível de referência, é fundamental a implementação de mecanismos de garantia das demais ações de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, que podem ser asseguradas para todos os cidadãos no âmbito microrregional ou regional, conforme as características do estado e a definição no plano de regionalização de cada estado.

O processo de Programação Pactuada e Integrada entre gestores e os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso são os principais instrumentos para assegurar o acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência.

No que diz respeito à divisão de responsabilidades entre gestores, a NOAS-SUS 01/01 enfatiza o papel dos gestores estaduais na coordenação da Programação Pactuada Integrada (PPI) entre gestores municipais e apoio aos municípios na organização do sistema de referências. Por sua vez, cabe aos municípios o planejamento no âmbito municipal e a relação direta com os prestadores em seu território, visando o comando único sobre o sistema de saúde em cada esfera. Além disso, os gestores municipais têm a responsabilidade de participar da PPI e organizar os fluxos de referência de sua população para serviços a serem prestados por outros municípios, com o apoio do gestor estadual, que deve implementar mecanismos de garantia e acompanhamento dos fluxos de referência intermunicipal.

1.3.1.4 Assistência de Alta Complexidade

A garantia de acesso de toda a população brasileira aos serviços de alta complexidade, dada a atual concentração da oferta desses serviços e os altos custos envolvidos, requer ações coordenadas dos três níveis de governo, assim como mecanismos específicos de financiamento para a promoção da equidade.

A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz principalmente na definição de algumas diretrizes e normas técnicas nacionais voltadas para a garantia de acesso e da qualidade dos serviços, no financiamento das ações, no controle do cadastro nacional de prestadores, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na oferta dos serviços, e na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais.

O gestor estadual é responsável pela macrogestão da política de alta complexidade/custo no estado, condicionada à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), mantendo vinculação com a política nacional. As principais funções do gestor estadual se relacionam à definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo: a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, definição da alocação de recursos entre áreas da Alta Complexidade (AC) e entre municípios, com explicitação nos limites financeiros municipais da parcela correspondente ao atendimento das referências; a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade; a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios, incluindo a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade e apoio à implementação de instrumentos de regulação da atenção de alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros) e o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade.

Os municípios habilitados em GPSM que tiverem serviços de alta complexidade/custo deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores. Entre essas funções destacam-se: 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; a condução do processo de contratação, de acordo com o fluxo de cadastramento regulamentado pelo MS e definições no âmbito da CIB; a autorização para a realização dos procedimentos e pagamentos; a definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais; o controle, a avaliação e a auditoria de serviços; entre outras.

A assistência de Alta Complexidade poderá ser programada no âmbito regional/estadual, 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. A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados.

1.3.2 Fortalecimento da Capacidade de Gestão do SUS

O segundo grupo de estratégias apresentado na NOAS-SUS 01/01 compreende a instrumentalização de uma série de processos de gestão críticos para assegurar o caráter efetivamente público da gestão sistema. O conjunto de mecanismos e instrumentos propostos está voltado para fortalecer:

- o predomínio da lógica das necessidades de saúde sobre as pressões de oferta;
- as relações cooperativas e complementares entre gestores do sistema, com melhor definição de responsabilidades e dos compromissos estabelecidos;
- os instrumentos de consolidação dos pactos entre gestores do sistema;
- o acesso de todos os cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde.

Desta forma, são apontadas diretrizes para a estruturação de funções-chave pelos gestores estaduais e municipais (planejamento e programação, definição de referências intermunicipais, controle e avaliação), bem como apresentados alguns instrumentos concretos para o desempenho dessas funções.

1.3.2.1 Implementação da Programação Pactuada e Integrada (PPI)

A programação integra as ações e serviços de assistência ambulatorial e hospitalar de complexidades básica, média e alta, conformando um instrumento essencial de reorganização dos modelos de atenção e de gestão do SUS, de alocação dos recursos entre municípios e de explicitação da distribuição de competências entre as três esferas de governo. A PPI traduz as responsabilidades de cada ente gestor do sistema (SMS e SES), com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no território de um município específico, quer pelo encaminhamento a municípios de referência (sempre mediadas por relações entre gestores), com a busca crescente da equidade da distribuição dos recursos e da organização de uma rede regionalizada e resolutive.

A programação deve observar os princípios da integralidade das ações de saúde e da direção única em cada nível de governo, mediante consolidação do conjunto de atividades desenvolvidas em cada base territorial-populacional municipal (população definida em relação a um território delimitado), independente da vinculação institucional dos prestadores e da competência sobre a gerência das unidades responsáveis pela execução destas atividades.

Dependendo do estágio da descentralização e das capacidades operacionais dos gestores, o processo de programação integrada deve procurar incorporar as diversas áreas de atenção (vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, assistência) e orientar a alocação de recursos das diversas fontes (federais, estaduais, municipais). A NOAS-SUS 01/01 apresenta os princípios e diretrizes orientadores da PPI, que devem ser adaptados a cada realidade específica e aprofundados no âmbito estadual, de acordo com as definições da CIB.

A proposta de PPI apresentada na NOAS-SUS 01/01 e regulamentada pela Portaria MS/GM n.º 483, de 6 de abril de 2001, se apóia no papel coordenador e mediador do gestor estadual. É importante destacar que esse papel deve ser exercido no âmbito de um processo de planejamento participativo e programação integrada entre os gestores municipais, conforme as diretrizes e mecanismos definidos pela CIB. Para isso, devem ser viabilizados fóruns/ reuniões regionais de planejamento e estabelecimento de compromissos, a serem consolidados por meio de instrumentos objetivos, desenvolvidos no âmbito de cada estado. A PPI, portanto, deve ser compreendida como um processo dinâmico e participativo, condicionado às diretrizes e à aprovação da CIB. Os principais objetivos da PPI são:

- estimular o processo de planejamento e programação integrada entre gestores municipais e estadual, por intermédio de instâncias integradas de planejamento e de estabelecimento de acordos entre gestores;
- orientar a organização do sistema de saúde e das redes de referência de caráter microrregional, regional ou estadual, de acordo com as necessidades identificadas;
- explicitar os fluxos de referências intermunicipais, acordados entre os gestores, de forma a garantir o acesso de toda a população a todos os níveis de atenção;
- orientar a alocação de recursos financeiros pela lógica das necessidades de saúde da população e de acordo com as prioridades estabelecidas pelos gestores, superando a lógica de alocação de recursos orientada pela oferta de serviços;
- orientar a alocação de recursos entre municípios, por meio da adoção de critérios claros e adequados de definição de limites financeiros, para custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, em todos os municípios do estado e da explicitação da parcela correspondente às referências intermunicipais pactuadas entre os gestores municipais.

O processo de programação integrada também deve ser coerente com o Plano Diretor de Regionalização em cada estado, uma vez que é fundamental para a explicitação do papel de cada município no sistema estadual de saúde. Os recursos disponíveis para investimentos – federais, estaduais ou municipais – deverão ser programados de acordo com as prioridades definidas para a conformação da rede assistencial.

A programação de ações ambulatoriais e hospitalares não disponíveis no estado deverá ser negociada com outros gestores, por intermédio de câmaras de compensação interestaduais, com o apoio do Ministério da Saúde.

Do ponto de vista operacional, a NOAS-SUS 01/01 propõe uma abordagem diferenciada para a programação do custeio da Atenção Básica, da Média Complexidade e da Alta Complexidade, em nível ambulatorial e hospitalar, bem como explicita os produtos do processo de programação da assistência a serem encaminhados ao Ministério da Saúde.

1.3.2.2 Garantia de Acesso da População Referenciada entre Municípios

Apesar de representar um aspecto intrinsecamente relacionado com a PPI, a questão da garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis no seu município de residência merece destaque em um tópico separado, pelo grande número de problemas e conflitos que tem se apresentado. Desta forma, a NOAS-SUS 01/01 busca oferecer alguns instrumentos para a concretização dos pactos entre gestores, a serem adotados tanto em estados onde a PPI já está consolidada, como naqueles que ainda têm processos de programação incipientes ou restritos às equipes técnicas da SES.

Assume-se que o gestor estadual desempenha um papel fundamental na garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência mediante a coordenação da organização de um sistema de referência que utilize os mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão dos municípios partícipes, observado o Teto Financeiro da Assistência do estado.

Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios habilitados em GPSM, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, estes devem ficar sob gestão municipal e o município deve se comprometer com o atendimento da população referenciada, subscrevendo com o estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, que consolide os pactos entre gestores municipais no âmbito da PPI (ANEXO 4). Cabe às Comissões Intergestores Bipartite (CIB) proporem adaptações no modelo de Termo de Compromisso a ser adotado em cada estado e decidirem sobre o fluxo e processo de celebração

desses termos. Pode-se, por exemplo, propor que todos os municípios envolvidos em uma dada pactuação regional – aqueles que encaminham as referências – também subscrevam o Termo de Compromisso do município-pólo com o gestor estadual, ou que uma representação do COSEMS o faça em nome dos municípios que encaminham as referências, desde que isso seja factível do ponto de vista operacional.

O Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, portanto, se fundamenta na Programação Pactuada e Integrada entre gestores, aprovada na CIB. O Termo deve conter as metas físicas e financeiras das ações definidas na PPI a serem ofertadas nos municípios de referência, assim como os compromissos assumidos pela SES e SMS, os mecanismos de garantia de acesso, o processo de acompanhamento e revisão do Termo de Compromisso e as sanções previstas, no caso de seu descumprimento.

Para habilitar-se ou permanecer habilitado na condição de GPSM, o município deverá participar da PPI e assumir o atendimento à população de referência (se for o caso), sendo esse pacto consolidado por meio de assinatura do referido Termo de Compromisso para a Garantia do Acesso. O Termo de Compromisso poderá ser alterado em decorrência de ajuste ou revisão na programação das referências para o município em GPSM, refletindo na revisão da parcela de referências do limite financeiro municipal.

Ao Ministério da Saúde caberá a coordenação do processo de negociação interestadual e o desenvolvimento de mecanismos para organização dos fluxos de referências e garantia dos pactos estabelecidos entre os estados.

1.3.2.3 Fortalecimento da Regulação, Controle e Avaliação do SUS

Segundo a Lei 8.080/90, o controle e avaliação das ações e serviços de saúde são de competência comum dos gestores federal, estadual e municipal, cabendo a cada um a definição de suas instâncias e mecanismos próprios de atuação, no seu âmbito político-administrativo. A referida lei procura ainda definir competências específicas de controle e avaliação para cada gestor, considerando o papel diferenciado que cada esfera assume no SUS.

O importante avanço da descentralização nos últimos anos requer a ampliação do escopo da função de controle e avaliação no âmbito de estados e particularmente, dos municípios, de forma a incorporar o enfoque de avaliação de resultados do sistema de saúde e da satisfação dos usuários às atividades tradicionais de vistoria e controle de faturamento dos prestadores.

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. A NOAS-SUS 01/01 procura apresentar algumas diretrizes e orientações em relação a cada uma dessas dimensões, a serem aprofundadas em documento específico.

As funções de controle e avaliação, por sua vez, 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 da política, visando contribuir para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população. Além disso, as ações de controle e avaliação devem estar intimamente relacionadas à função de regulação do sistema e dos prestadores, de forma a assegurar o caráter efetivamente público do sistema de saúde.

Desta forma, a NOAS-SUS 01/01 também aponta algumas diretrizes para a regulação do sistema pelos gestores do SUS. Aborda-se, particularmente, a regulação da assistência, que deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação do atendimento às urgências, consultas, leitos e outras ações necessárias.

1.3.2.4 Hospitais Públicos sob Gestão de outro Nível de Governo:

Apesar do acelerado processo de descentralização de serviços e de gestão nas últimas décadas, ainda há situações não equacionadas, do ponto de vista da divisão de responsabilidades entre gestor estadual e municipal.

Uma situação peculiar diz respeito à persistência de alguns hospitais públicos sob gerência estadual, que ainda não foram municipalizados por motivos diversos: perfil de maior complexidade, caráter de referência ou de ensino, dificuldades do município em assumir unidades grandes e complexas, entre outros. Nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, observam-se atualmente dois tipos de arranjos principais de gestão/gerência desses hospitais:

- (1) hospitais que permanecem sob gerência estadual, mas sob gestão municipal, sendo as atividades pagas por produção (fluxo de recursos do município para o estado) – a maior vantagem, nesse caso, seria favorecer a inserção do hospital no sistema municipal e buscar o comando único sobre o conjunto de prestadores, conforme estabelecido pela NOB 96; um problema que tem sido freqüentemente apontado é que, muitas vezes, o gestor municipal realiza cortes ou não remunera adequadamente os serviços prestados pelo hospital estadual;
- (2) hospitais que permanecem sob gerência e gestão estadual, sendo os recursos referentes ao seu custeio recebidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde pelo gestor estadual (fundo a fundo ou por produção, dependendo da condição de habilitação do estado) – a maior vantagem seria evitar o tipo de problema relatado no primeiro caso; por outro lado, essa situação pode fragilizar o comando único do gestor municipal sobre os prestadores e as tentativas de integração do hospital no sistema de saúde.

Em face das dificuldades apontadas, propõe-se uma alternativa para esse tipo de hospital que ainda esteja sob gerência estadual, buscando sua integração à gestão municipal e um fluxo regular de financiamento em uma lógica orçamentária. Essa alternativa seria a de estabelecimento de Termo de Compromisso entre gestor municipal e o estadual (ANEXO 5 da NOAS-SUS 01/01), baseado em dois princípios:

- (i) evitar o pagamento por produção entre entes públicos, por intermédio da introdução de um mecanismo de repasse em bloco dos recursos, em uma lógica orçamentária, vinculada a compromissos de inserção na rede e de prestação de serviços necessários, com qualidade;
- (ii) assegurar a integração desse hospital no planejamento municipal e intermunicipal, por meio de um processo de planejamento integrado gestor municipal - gestor estadual.

Quanto ao financiamento, após a definição do montante de recursos de custeio correspondente ao Plano Operativo traçado em conjunto para o hospital e da assinatura do Termo de Compromisso, esse volume de recursos seria separado do teto financeiro municipal, e repassado em bloco do Fundo Nacional para uma rubrica específica no Fundo Estadual de Saúde. Essa parcela poderá ser revista sempre que houver alteração no Termo de Compromisso decorrente de mudanças no planejamento conjunto do hospital (incorporação/fechamento de serviços, alterações nas metas, etc.). No caso de municipalização do hospital, essa parcela voltaria a ser incorporada ao restante do teto municipal.

O mesmo instrumento também pode se aplicar na situação inversa, ou seja, existência de hospital municipal em município em GPAB (que ainda não tenha condições de habilitação em GPSM), localizado em estado em GPSE. O estabelecimento de Termos de Compromisso entre os gestores permitirá que o município receba diretamente do Fundo Nacional de Saúde, para rubrica específica no Fundo Municipal de Saúde, os recursos correspondentes à gestão de sua unidade hospitalar própria, mesmo que ainda não tenha sido habilitado em GPSM. Preconiza-se, nesse caso que, assim que o município tiver condições de assumir a GPSM, segundo critérios estabelecidos na NOAS-SUS 01/01, ele passe a essa condição de gestão mais avançada.

1.3.3 Revisão dos Critérios de Habilitação de Municípios e Estados

Em linhas gerais, procurou-se, com a revisão dos critérios de habilitação, promover a responsabilização dos gestores, de forma compatível com a condição de gestão assumida, bem como induzir a integração dos sistemas municipais, sob a coordenação do nível estadual.

Algumas das responsabilidades, requisitos e prerrogativas assinaladas pela NOB/96 e pela Instrução Normativa – IN n.º 01/98 aos estados e municípios que assumirem a gestão descentralizada do SUS foram mantidas, mas outras serão alteradas, para se adequarem à ênfase dada no processo de regionalização e de responsabilização dos gestores. Neste documento, são ressaltados apenas os principais pontos de alteração propostos.

A habilitação em GPSM passa a ser cumulativa e não substitutiva à GPAB-A. Nos casos previstos de desabilitação da condição de GPSM, o município poderá permanecer habilitado em GPAB-A, caso não apresente impedimentos também a essa condição de gestão.

O processo de habilitação irá considerar a nova sistemática de elaboração e acompanhamento dos Planos de Saúde e dos Relatórios de Gestão, buscando uma maior efetividade desses instrumentos para a definição de prioridades – de maneira articulada entre os três níveis de governo – e para a prestação anual de contas dos gestores. Neste sentido, são introduzidos dois novos instrumentos: a Agenda de Compromissos e o Quadro de Metas, a serem detalhados em manual específico.

Outra alteração para o exercício da gestão descentralizada do SUS é a exigência de alimentação regular do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e de adequação da aplicação financeira da receita própria de acordo com o definido pela Emenda Constitucional n.º 29.

Os tópicos relacionados à Vigilância Sanitária e à Vigilância Epidemiológica foram atualizados, tendo em vista as modificações na sistemática de descentralização das ações dessas áreas, após a publicação da NOB 01/96 e da IN 01/98.

A seguir, são resumidas as alterações propostas para cada condição de gestão específica.

1.3.3.1 Habilitação de Municípios

Em Gestão Plena da Atenção Básica:

Para habilitar-se à condição de GPAB e receber o PAB Ampliado, correspondente ao financiamento da Atenção Básica Ampliada, o município deverá ser avaliado pela SES, pela CIB e pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Políticas de Saúde/MS em relação aos seguintes aspectos:

- (a) alimentação regular dos sistemas de informações do SUS;
- (b) desempenho nos indicadores de AB;
- (c) capacidade de oferecer com suficiência e qualidade todas as atividades requeridas;
- (d) estabelecimento do Pacto de AB para o ano 2001.

Em Gestão Plena do Sistema Municipal:

As alterações das condições para a Gestão Plena do Sistema Municipal foram mais significativas, procurando responder aos problemas assinalados na primeira parte deste documento, como o risco de atomização dos sistemas municipais, as dificuldades em garantir o atendimento às referências intermunicipais, as perdas de qualidade e de economia de escala incorridas com a incorporação tecnológica irracional, dentre outras.

Para assumirem a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, os municípios deverão dispor de uma rede assistencial capaz de ofertar, além do elenco de procedimentos proposto para a Atenção Básica Ampliada, um conjunto mínimo de serviços de média complexidade (relacionados no ANEXO 3 da NOAS-SUS 01/01), compreendendo laboratório de patologia clínica*; radiologia simples*; ultra-sonografia obstétrica;

* Já previstos como requisitos na NOB/96

primeiro nível de atendimento a distúrbios psicossociais; fisioterapia; algumas ações de odontologia especializada; pequenas cirurgias ambulatoriais ginecológicas; e leitos hospitalares.

Outro requisito relevante incorporado à habilitação em GPSM é o compromisso formal do município em desempenhar o papel de pólo de referência para outros municípios, de acordo com as necessidades identificadas no planejamento e expressas no Plano Diretor de Regionalização. Parte-se do pressuposto que, como o SUS é um sistema integrado e solidário, os municípios em GPSM, dada a complexidade de sua rede assistencial, não podem assumir uma posição segregacionista de optar por atender apenas à sua própria população; sua rede deve estar disponível para assegurar a referência daqueles municípios capazes apenas de ofertar a Atenção Básica à sua população. Por outro lado, esses municípios em GPSM devem dispor de recursos financeiros que permitam o custeio da referência intermunicipal definida na PPI, explicitados em seu teto financeiro. O estabelecimento de Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, descrito na NOAS-SUS 01/01, objetiva formalizar essas responsabilidades mútuas entre os gestores envolvidos nesse processo.

1.3.3.2 Habilitação de Estados

Com relação aos estados, procurou-se ressaltar suas atribuições de coordenador do sistema de saúde estadual, abrangendo o planejamento e a organização das redes assistenciais do estado, a integração dos sistemas municipais, a programação e a garantia da referência intermunicipal.

Para pleitear a habilitação em qualquer condição de gestão, o estado deverá apresentar seu Plano Estadual de Saúde, aprovado pelo respectivo Conselho Estadual de Saúde (CES). Ele deverá conter o Plano Diretor de Regionalização, a Agenda de Compromissos estadual, harmonizada com a agenda nacional e o Quadro de Metas, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.

O gestor estadual deverá coordenar o processo de elaboração e de implementação da PPI, contendo a referência intermunicipal e pactos de negociação na CIB para alocação dos recursos, bem como celebrar os Termos de Compromisso para a Garantia de Acesso com os municípios-pólo correspondentes. A coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, bem como a compensação para internações, procedimentos especializados e de alta complexidade/custo, é uma atividade estratégica da gestão estadual.

Assim como os municípios, os estados deverão comprovar, por meio da alimentação do SIOPS, dotação orçamentária de acordo com a Emenda Constitucional n.º 29.

1.3.3.3 Critérios para Desabilitação de Estados e Municípios

Uma outra mudança proposta é a definição de critérios de desabilitação de estados e municípios. A desabilitação constitui uma situação indesejável, mas que deve estar prevista para os casos onde haja efetivo comprometimento da capacidade de gestão. Como este tópico não foi abordado pela NOB 01/96, um processo extremamente desgastante era iniciado, cada vez que, por exemplo, uma grave irregularidade era apontada pelo Sistema Nacional de Auditoria ou um município não cumpria com as responsabilidades assumidas para a habilitação a uma determinada condição de gestão. Para cobrir essa lacuna normativa, a NOAS-SUS 01/01 aborda a questão da desabilitação, detalhada na Instrução Normativa MS/GM n.º 01, de 6 de abril de 2001.

Está prevista, ainda, a possibilidade de suspensão imediata da transferência fundo a fundo, independentemente do processo de desabilitação, em duas situações: quando forem constatadas irregularidades graves pelo Sistema Nacional de Auditoria que demandem uma ação imediata, e quando o município ou estado não efetuar o pagamento dos prestadores públicos ou privados no prazo adequado.

PARTE 2

NOAS-SUS 01/01

- Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, publicada no Diário Oficial de 29 de janeiro de 2001.
- Anexo da Portaria MS/GM n.º 95 – Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS – NOAS-SUS 01/01.

PORTARIA MS/GM N.º 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001
(publicada no DOU de 29 de janeiro de 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), em reunião de 15 de dezembro de 2000, e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela Resolução n.º 307, da 104.ª Reunião Ordinária, de dezembro de 2000, resolve:

Art. 1.º Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 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.

Art. 2.º Ficam mantidas as disposições constantes da Portaria MS/GM n.º 1.882, 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. 3.º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

**ANEXO PT MS/GM N.º 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001
(publicada no DOU de 29 de janeiro de 2001)**

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS

NOAS-SUS 01/01

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 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 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 político-administrativa 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 equidade, 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 político-administrativa 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, 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 equidade.

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.

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 frequentes;
- 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, socioeconômicas, 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 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:

- 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;
- 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 essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica, instituído pela Portaria MS/GM n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998.
- 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 subsequente; e
 - e) capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas no Subitem 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 Subitem 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.

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 Subitem 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.

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.
- 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 resolutive 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.
- 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.
- 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;
- 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;
 - 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;
 - 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.
- 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 n.º 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 1.º 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.
- 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:
- 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 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.

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 GPSP, 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 disponibilizada 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;

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;

D resultados e impacto sobre a saúde da população.

- 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.
- 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 explicita 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 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:

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 Com relação ao 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
- 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 Subitem 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 Subitem 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.
- 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 do Subitem 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.

- 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 subsequentes.
- 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:

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, ressaltando 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 a 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 municípios e sobre o meio ambiente.
- 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 Subitem 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 como 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 municípios.
- 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.
- 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;
- GESTÃO PLENA DO 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.
- 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 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, 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 Pactuada Integrada, 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 o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).
 - d) Comprovar o funcionamento da CIB.
 - e)
 - 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 n.º 29, de 14 de setembro de 2000.
 - 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.

51 Além dos atributos comuns às 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.

52 Além dos atributos comuns às 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.
- 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;
 - 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 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

- 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
 - 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 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

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;
- b) indicação de suspensão por auditoria realizada pelos componentes nacionais 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 Subitem 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.

60 Os municípios atualmente habilitados em Gestão Plena da 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 Subitens 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 MS/GM n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996, no que couber.

ANEXO 1
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
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

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 ou referência para ECG Realização ou referência para RX de tórax
1.º Atendimento de urgência	1.º 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 Mellitus

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
Diagnóstico precoce de complicações	Realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações Realização ou referência para ECG
1.º Atendimento de urgência	1.º 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 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, prioritariamente, na população de 0 a 14 anos e gestantes	Consulta e outros procedimentos odontológicos
Atendimento a urgências odontológicas	Consulta não agendada

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 diarreicas 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

VII) Ações de Saúde da Mulher

Responsabilidades	Atividades
Pré-natal	Diagnóstico de gravidez Cadastramento de gestantes no 1.º trimestre Classificação de risco gestacional desde a 1.ª 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 exame 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 AB, FINANCIADA PELO PAB

Seq.	Nome do Procedimento	Código SIA/SUS
	ACOMPANHAMENTO DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DO PSF DE PESSOA ACAMADA	
	Grupo 07 – Proced. Especializados Realizados por Profissionais Médicos, Outros de Nível Superior e Nível Médio	
	ATEND. MÉDICO DE URGÊNCIA COM OBSERVAÇÃO – BOX-HORA (MÁX. 8 H)	
131	ATEND. ESPECÍFICO P/ ALTA DO PACIENTE EM TRAT. AUTOADMINISTRADO	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
150	CURATIVO DE PEQUENA QUEIMADURA (ATÉ 10% DA S.C.) SEM ANESTESISTA	08.151.03-2
	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
	Grupo 19 – Terapias Especializadas (por Terapia)	
228	TRAT.CURATIVO-ÚLCERAS DE ESTASE E NECROSE DE EXTREMIDADES (SESSÃO)	19.021.02-0
229	CALOSIDADE OU MAL PERFURANTE (DESBASTAMENTO)	19.042.01-9

Nota: Além dos procedimentos relacionados, o nível **ampliado** deve compreender posto de coleta laboratorial devidamente equipado, seguindo normas técnicas do Ministério da Saúde.

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		
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA COLUNA CERVICAL C/COLAR CERVICAL GESSADO	09.011.01-3
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA COLUNA CERVICAL C/IMOBILIZAÇÃO CERVICAL NÃO GESSADA	09.011.02-1
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS INFERIORES COM TALA GESSADA CRURO-PODÁLICA	09.011.03-0
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS INFERIORES COM TALA GESSADA SURO-PODÁLICA	09.011.04-8
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS SUPERIORES / CINTURA ESCAPULAR (TIPO VELPEAU)	09.011.05-6
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS SUPERIORES COM TALA ANTEBRAQUIO-PALMAR	09.011.06-4
	IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA MEMBROS SUPERIORES COM TALA AXILO-PALMAR	09.011.07-2
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
170	COLESTEROL (VLDL)	11.013.11-7
	CURVA GLICÊMICA CLÁSSICA 5 DOSAGENS – ORAL	11.015.04-7
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. Sang., T. Coag., 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, HA	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, HA	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 (DIAGNÓSTICO 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
196	CULTURA PARA IDENTIFICAÇÃO DE BACTÉRIAS	11.112.01-8
198	CULTURA DE URINA COM CONTAGEM DE COLÔNIAS	11.112.05-0
199	STREPTOCOCCUS 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	CALCÂNEO (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
	Grupo 19 – Terapias Especializadas (por terapia)	
230	AEROSSOLTERAPIA POR PRESSÃO POSITIVA	19.071.01-9
231	REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA (POR SESSÃO)	19.071.02-7

ANEXO 3B

SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR OBRIGATORIAMENTE DISPONÍVEIS EM MUNICÍPIOS-SEDE DE MÓDULOS ASSISTENCIAIS

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 de Estado da 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 de Estado da 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 :

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.

§ 1.º 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 correspondente 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.

§ 2.º 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 no ANEXO I, que faz parte integrante deste termo, conforme especificado na Cláusula Terceira.

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 consequências 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 de acordo com o Plano Operativo descrito no Anexo II.
- 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.
- 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 Anexo III – 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 do ANEXO I 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, conforme especificado no Plano Operativo (ANEXO II), 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.

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 (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 oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro da disponibilidade do seu Teto Financeiro da Assistência, para o desenvolvimento deste termo e informará ao Ministério da Saúde (MS), no prazo determinado, o montante mensal a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de YYY conforme explicitado no Anexo III deste instrumento, 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 à CIB acerca do seu andamento.
- 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 subsequente.
 - c) Pontualmente, se um município constante no ANEXO I passar a ofertar em seu território para a sua própria população um serviço anteriormente referenciado para o município YYY, constante na relação do ANEXO I deste instrumento.

§ 1.º 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 seu próprio município, justificando a alteração.

§ 2.º 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 O município YYY deverá ser comunicado acerca da mudança pela SES com 60 dias de antecedência, através de ofício e envio de versão modificada do ANEXO I e do ANEXO III deste Termo.

§ 4.º Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, no âmbito da prestação mensal de contas acerca do acompanhamento dos compromissos de referências intermunicipais.

- d) Pontualmente, se um município constante no ANEXO I considerar oportuno redirecionar referências de sua população do município YYY para outro município que disponha do serviço necessário.

§ 1.º 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.º 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 O município YYY deverá ser comunicado acerca da mudança com 60 (sessenta) dias de antecedência, através de ofício e envio de versão modificada do ANEXO I e do ANEXO III deste Termo.

§ 4.º Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, 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.

§ 1.º 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 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.

§ 2.º A SES deverá conduzir os encaminhamentos e correções na programação das referências, caso necessário.

§ 3.º 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 do ANEXO I e do ANEXO III.

§ 4.º Esse tipo de realocação deverá ser informada pela SES à CIB, na sua reunião subsequente, 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 no formato apresentado no Anexo III, 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 do encaminhamento de pacientes e avaliação dos desdobramentos desses encaminhamentos, conforme detalhado no Plano Operativo (ANEXO II);
- 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 detalhado no Plano Operativo (ANEXO II);
- 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 apresentadas no Anexo I deste Termo, 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.º (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.

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 YYY

Testemunhas (demais SMS implicados)
CIC

ANEXO I: Planilha com a Consolidação da PPI

ANEXO II: PLANO OPERATIVO

ANEXO III: Limite Financeiro da Assistência do Município YYY

(Formato padrão de publicação do MS)

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 Estado da 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 de Estado da Saúde de....., neste ato representada pelo Secretário Estadual da Saúde, Dr....., brasileiro,..... (profissão) 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 couber, 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).

§ 1.º 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.

§ 2.º 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, previamente definidos no Plano de Regionalização e na Programação Pactuada Integrada do estado.....

§ 1.º 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.

§ 2.º 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 de Estado da Saúde se compromete a:

- a) apresentar à SMS o Relatório Mensal até o 5.º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados;
- b) apresentar à SMS o Relatório Anual até 20.º (vigésimo) dia útil do mês subsequente ao término do período de 12 (doze) meses, incluindo informações relativas à execução deste Termo de Compromisso com a apropriação por unidade hospitalar;
- 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 através 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 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.

§ 1.º 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.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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.

§ 3.º A SMS, sem prejuízo das atividades a serem desenvolvidas pela Comissão de Acompanhamento deste Termo, procederá a:

- 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 à SES sobre a realização de auditorias nos hospitais constantes no Anexo I.

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.

§ 1.º 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.

§ 2.º 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.

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.º (sexto) mês de vigência.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS CASOS OMISSOS

No decorrer da vigência desse Termo de Compromisso (ou Cooperação), os casos omissos, as 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

Secretário Municipal de Saúde

Testemunhas:

CIC

PARTE III

REGULAMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

- Instrução Normativa GM/MS n.º 1, de 6 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial de 9 de abril de 2001 (regulamentação do processo de habilitação).
- Instrução Normativa GM/MS n.º 2, de 6 de abril de 2001, publicada no Diário Oficial de 9 de abril de 2001 (regulamentação da elaboração do Plano Diretor de Regionalização).

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 01/01

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando que a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 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 01/01 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;

Considerando que a NOAS-SUS 01/01 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 01/01, aprovada pela Portaria GM/MS n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, resolve:

Capítulo I – Da Habilitação

Art. 1.º Regular a habilitação nas condições de gestão estabelecidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01, aprovada pela Portaria GM/MS n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, explicitando as responsabilidades, os requisitos e as prerrogativas das gestões municipal e estadual.

Art. 2.º O processo de habilitação de estados e de municípios às condições de gestão estabelecidas na NOAS-SUS 01/01 observará o disposto nesta Instrução Normativa.

Parágrafo único. As modalidades de habilitação previstas na NOAS-SUS 01/01 são:

a) Nos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM);

b) Nos estados: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual.

Art. 3.º Cabe à Secretaria de Estado da Saúde a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios não habilitados.

I.1 Em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA)

Art. 4.º A habilitação dos municípios à condição de GPABA dependerá do cumprimento de todos os requisitos e implicará as responsabilidades e prerrogativas descritas no Item 47 do Capítulo III da NOAS-SUS 01/01.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constantes dos Anexos I e II, desta Instrução Normativa.

Art. 5.º 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 a atualização na condição de GPABA.

Parágrafo único. A atualização para GPABA implicará processo de avaliação pela SES, apreciação/aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e homologação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), conforme requisitos e formas de comprovação listados no Anexo II, desta Instrução Normativa.

Art. 6.º Os processos de habilitação e de atualização em GPABA compreendem as seguintes etapas e trâmites:

- I preparação do processo de pleito de habilitação ou de atualização pelo gestor municipal;
- II aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- III avaliação pela Secretaria de Estado da Saúde (SES) do cumprimento das responsabilidades e requisitos pertinentes à condição de gestão pleiteada;
- IV elaboração pela SES de Relatório sobre as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão 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;
- V apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;
- VI preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação, conforme Anexos VII ou VIII, desta Instrução Normativa;
- VII encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do Termo de Habilitação ou Termo de Atualização, o Relatório Técnico e dos instrumentos de comprovação definidos no Anexo I ou II, desta Instrução Normativa, para apreciação e homologação;
- VIII recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Processo de Habilitação ou de atualização para ciência e encaminhamento à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS/MS);
- IX avaliação pela SPS/MS do cumprimento das responsabilidades e dos requisitos pertinentes à condição de gestão pleiteada pelo município, baseada na análise do processo de habilitação ou de atualização 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;

- X apreciação e aprovação pela CIT, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Técnica, do Termo de Habilitação ou do Termo de Atualização;
- XI publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida em que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;
- XII arquivamento de todo o processo de atualização e 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 a CIT.

I.2 Em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM)

Art. 7.º A habilitação à condição de GPSM dependerá do cumprimento dos requisitos e implicará nas responsabilidades e na garantia das prerrogativas descritas no Item 48 do Capítulo III da NOAS-SUS 01/01.

Parágrafo único. Os instrumentos de comprovação dos requisitos são os constantes do Anexo III, desta Instrução Normativa.

Art. 8.º Os municípios habilitados em GPSM pelos critérios da NOB SUS 01/96 deverão se adequar, até 31 de julho de 2001, às condições estabelecidas para a habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, definidas na NOAS-SUS 01/01, sob pena de desabilitação na modalidade.

Parágrafo único. As SES deverão, no prazo previsto, proceder à avaliação da adequação dos municípios em GPSM aos requisitos definidos pela NOAS-SUS 01/01 para esta condição de gestão, e submeter relatório conclusivo do processo de avaliação a CIB, para aprovação e subsequente encaminhamento a CIT, para as providências cabíveis.

Art. 9.º A habilitação em GPSM, de acordo com as normas referidas no Artigo 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;
- II aprovação do pleito pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS);
- III encaminhamento do processo a CIB;
- IV encaminhamento a SES, para elaboração de Relatório Técnico que ateste, a partir de visita *in loco* e de outros mecanismos de avaliação complementares definidos pela CIB, as condições técnicas e administrativas do município para assumir esta condição de gestão, e subsequente encaminhamento a CIB;
- V apreciação e posicionamento da CIB quanto ao processo;

- VI preenchimento, pela CIB, do Termo de Habilitação conforme Anexo IX, desta Instrução Normativa;
- VII encaminhamento à Secretaria Técnica da CIT do Termo de habilitação e do relatório técnico definido no Inciso IV deste Artigo, para apreciação e homologação;
- VIII recebimento pela Secretaria Técnica da CIT do Processo de Habilitação para ciência e encaminhamento à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS);
- IX avaliação, pela SAS/MS, do cumprimento das responsabilidades e requisitos pertinentes à condição de gestão pleiteada pelo município, baseada na análise do termo de habilitação 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 e aprovação pela CIT do processo de habilitação, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da data de recebimento pela Secretaria Executiva da CIT;
- XI publicação em portaria, pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida em que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes;
- XII arquivamento de todo o processo de habilitação e atualização 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 50, 51 e 52, do Capítulo III, da NOAS-SUS 01/01.

§ 1.º Os instrumentos de comprovação dos requisitos comuns a ambas as condições de gestão são os constantes do Anexo IV, desta Instrução Normativa.

§ 2.º Os instrumentos de comprovação dos requisitos específicos da condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual são os constantes do Anexo V, desta Instrução Normativa.

§ 3.º Os instrumentos de comprovação dos requisitos específicos da condição de Gestão Plena do Sistema Estadual são os constantes do Anexo VI, desta Instrução Normativa.

§ 4.º 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, cujos processos de habilitação já se encontram tramitando no Ministério da Saúde, têm até 31 de março de 2001 para resolver as pendências detectadas.

Art.13 Os estados atualmente habilitados nas condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual devem apresentar a SAS, em até 120 (cento e vinte) dias após a publicação desta Instrução Normativa:

- 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. 14 A habilitação de estados às condições de gestão previstas na NOAS-SUS 01/01 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 do Estado conforme Anexos X, para habilitação em Gestão Avançada, e XI, para Gestão Plena do Sistema Estadual, desta 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 processo do pleito de habilitação, 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 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 aprovação do pleito pela CIT;
- VIII homologação, em portaria expedida e publicada pelo Ministério da Saúde, das habilitações aprovadas pela CIT, à medida que haja disponibilidade financeira para a efetivação das transferências regulares e automáticas pertinentes.

Art. 15 A habilitação do Distrito Federal observará as condições estabelecidas para os estados, no que couber.

Capítulo II – Da Desabilitação

Art. 16 A identificação de irregularidades que comprometam a gestão específica desencadeará processo de desabilitação.

II.1 Da desabilitação dos municípios

Art. 17 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. 18 Os municípios habilitados em GPABA estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no Item 54 do Capítulo III.2.1.1, da NOAS-SUS 01/01.

Art. 19 Os municípios habilitados em GPSM estarão sujeitos à desabilitação nas situações especificadas no Item 56 do Capítulo III.2.1.2, da NOAS-SUS 01/01, em particular nos casos em que:

- a) não disponham do conjunto de serviços de média complexidade definidos no Item 7 da NOAS-SUS 01/01 correspondentes ao primeiro nível de referência;
- b) deixem de atender às referências intermunicipais resultantes do PDR e da PPI.

Art. 20 A desabilitação de um município poderá ser solicitada à respectiva CIB pela própria SMS, pelo correspondente CMS, pela SES, pela CIB, 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 plenária da CIB, da defesa apresentada pelo 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 do processo de desabilitação a CIT;
- h) apreciação do processo e decisão pela CIT;
- i) encaminhamento da decisão pela CIT ao MS e a CIB para as devidas providências.

II.2 Da desabilitação dos estados

Art. 21 Os estados que não cumprirem as responsabilidades definidas na NOAS-SUS para a forma de gestão a qual encontram-se habilitados estarão sujeitos à desabilitação pela CIT.

Parágrafo único. Em caso de desabilitação, a instância de recurso do estado será a CIT.

Art. 22 A desabilitação de um estado poderá ser solicitada à CIB pela própria SES, pela respectiva CIB, pelo respectivo CES ou pelo Ministério da Saúde, de acordo com o seguinte fluxo:

- 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 subsequente ao prazo definido;
- f) decisão pela CIT quanto ao processo de desabilitação;
- g) encaminhamento da decisão ao MS para as providências cabíveis e informe a SES.

Art. 23 Os processos de desabilitação e de suspensão financeira requerem apresentação de elementos que comprovem efetivamente irregularidades e que justifiquem a medida corretiva proposta.

Capítulo III – Da suspensão dos Repasses Financeiros

Art. 24 O Ministério da Saúde poderá suspender os repasses financeiros a serem transferidos mensalmente fundo a fundo nos seguintes casos:

§ 1.º Para os municípios, se detectado algum dos motivos constantes do Capítulo III. 2.1.1, Item 55 e Subitem 56.1, da NOAS-SUS 01/01;

§ 2.º Para os estados, se detectado algum dos motivos constantes do Capítulo III. 2.1.2 Subitem 57.1, da NOAS-SUS 01/01; e

§ 3.º Quando houver descumprimento da normatização pertinente, em particular das Portarias MS/GM n.º 1882, de 18 de dezembro de 1997, MS/GM n.º 157, de 19 de fevereiro de 1998 e MS/SAS n.º 82, de 7 de julho de 1998.

Capítulo IV – Das Disposições Gerais

- Art. 25 As divergências que venham a ocorrer na Comissão Intergestores Bipartite, referentes ao processo de habilitação, serão resolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde e, sucessivamente, pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde.
- Art. 26 Os municípios localizados em estados que não elaborarem seus respectivos PDR e PPI, no prazo estabelecido na NOAS-SUS 01/01, poderão se habilitar em GPSM de acordo com os critérios definidos pela NOB SUS 01/96, acrescidos dos critérios e requisitos estabelecidos pela NOAS-SUS 01/01, comprovados de acordo com esta Instrução Normativa, na forma dos seus Anexos I, II e III, excluídos deste último os itens “g” e “i”.
- Art. 27 Os municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica de acordo com a NOB - SUS 01/96 poderão permanecer nesta condição de gestão enquanto a mesma persistir ou enquanto desenvolvem capacidade para cumprir os requisitos das modalidades de gestão definidas na NOAS-SUS 01/01.
- Art. 28 Esta Instrução Normativa entrará 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.

JOSÉ SERRA

ANEXO I

Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à
Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/01

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOAS-SUS 01/01: item 47)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
1.A Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	- Ato legal de criação do CMS. - Atas das 3 últimas reuniões do CMS
1.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 ao último trimestre.
1.C 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.	- 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 a disponibilidade de serviços, com qualidade e quantidade suficientes em seu Território, para executar todo o elenco de procedimentos constantes, Subitem 6.3 – Item 6 – Capítulo 1, da NOAS-SUS 01/01.	- Pacto de Indicadores da Atenção Básica do ano em curso.
1.E Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle, à avaliação e à auditoria dos serviços sob sua gestão.	- Declaração da SES ou DATASUS atestando que o município tem condições de processar os sistemas de informação da Atenção Básica. - Declaração da SMS de que cumpriu as demais exigências deste requisito explicitando, no caso da auditoria, as responsabilidades do município. - Comprovar existência de rubrica específica no orçamento municipal que permita o pagamento de prestadores de serviços.
1.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 n.º 29, de 14/9/2000.	- Comprovante específico, do SIOPS, que demonstre a contrapartida financeira do ano e do exercício anterior, do total da receita do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação vigente.
1.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.	- Declaração da SMS atestando que o município cumpriu este requisito.
1.H 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.

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOAS-SUS 01/01: item 47)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
1.I Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
1.J Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados.	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração da SMS atestando que o município cumpriu este requisito explicitando, no caso da auditoria, as responsabilidades do município.
1.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 de 2001 e subseqüentes.	<ul style="list-style-type: none"> - Relatório do cumprimento do Pacto da Atenção Básica do ano anterior. - Relatório com as metas do Pacto da Atenção Básica do ano em curso. - Relatório dos procedimentos integrantes do P A B - A do ano anterior.
1.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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

ANEXO II

Sistematização do Processo de Atualização de Municípios Habilitados nos Termos da NOB SUS 01/96
Pleiteantes à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/01

REQUISITOS PARA ATUALIZAÇÃO (NOAS-SUS 01/01: item 6.5, Capítulo I)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
2.A Comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS).	- Atas das 3 últimas reuniões do CMS. - Ata de aprovação da solicitação de mudança da condição de gestão.
2.B Plano Municipal de Saúde vinculado à programação físico-financeira.	- Plano Municipal de Saúde com programação físico-financeira. - Ata do CMS que aprovou o PMS.
2.C Alimentação regular dos bancos de dados nacionais ligados à Atenção Básica.	- Declaração da SES atestando a regularidade na alimentação dos sistemas nacionais de informação em saúde.
2.D Desempenho dos indicadores de avaliação da Atenção Básica no ano anterior.	- Relatório do cumprimento do Pacto da Atenção Básica do ano anterior.
2.E Estabelecimento do Pacto de Melhoria dos Indicadores de Atenção Básica no ano subsequente.	- Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica, assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.
2.F Capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas no subitem 6.1, da NOAS-SUS 01/01.	- Declaração da SES comprovando a capacidade de o município assumir as responsabilidades das áreas de atuação estratégica: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal. - Relatório dos procedimentos integrantes do P A B - A do ano anterior.
2.G Situação regular junto ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA).	- Relatório de Gestão do ano anterior aprovado pelo CMS. - Certidão negativa junto ao SNA
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 n.º 29, de 14/9/2000.	- Comprovante específico, do SIOPS, que demonstre a contrapartida financeira do ano e do exercício anterior, do total da receita do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação vigente.
2.I 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.	- Declaração da SMS atestando que o município cumpriu este requisito.
2.J Formalizar, junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo CMS, o pleito de habilitação atestando o cumprimento dos requisitos relativos a condição de gestão pleiteada.	- Ofício do gestor municipal a CIB, solicitando habilitação e declarando o cumprimento dos requisitos. - Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação.

ANEXO III

Sistematização do Processo de Habilitação de Municípios à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal – NOAS-SUS 01/01

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOAS-SUS 01/01: item 48, capítulo III.1.1)	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.
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.
3.C Apresentar o Plano Municipal de Saúde aprovado pelo CMS que deve contemplar 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.	- Plano Municipal de Saúde, atualizado para a presente gestão municipal. - Ata do CMS aprovando o PMS atualizado.
3.D Demonstrar desempenho satisfatório nos indicadores constantes do pacto da atenção básica, de acordo com a normatização da SPS.	- Planilha de Monitoramento do desempenho dos indicadores do pacto da atenção básica do ano anterior.
3.E Demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica, conforme avaliação descrita no subitem 6.5, item 6, capítulo 1, da NOAS-SUS 01/01.	- Relatório da SES comprovando a capacidade de o município assumir as responsabilidades das áreas de atuação estratégica: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal.
3.F Comprovar a oferta com qualidade e quantidade suficiente, em seu território, de todo elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no anexo 3 da NOAS-SUS 01/01, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica.	- Declaração da SMS, homologada pela SES, com base na PPI. - Relatório Técnico comprovando a existência de leitos hospitalares para a realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica.
3.G Firmar Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES.	- Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.
3.H Comprovar a estrutura do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA.	- Ato legal de criação do componente municipal do SNA.
3.I Participar da elaboração e da implantação da PPI do Estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação.	- Cópia da publicação dos limites financeiros da população própria e da população referenciada decorrentes da PPI.
3.J Comprovar a capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, à 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 municípios.	- Relação de pessoal com perfil profissional. - Relação de material e equipamentos para o exercício de atividades. - Planilha ou relatório de avaliação do impacto das ações de saúde dos indivíduos sob a gestão municipal.

REQUISITOS PARA HABILITAÇÃO (NOAS-SUS 01/01: item 48, capítulo III.1.1)	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
3.K 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 n.º 29, de 14/9/2000.	- Comprovante específico, do SIOPS, que demonstre a contrapartida financeira do ano e do exercício anterior, do total da receita do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação vigente.
3.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.	- Declaração da SMS atestando que o município cumpriu este requisito.
3.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.	- 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.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.	- 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.O 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.P Comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e mecanismos de controle e avaliação.	- Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do município e do estado nas ações de auditoria e de controle e avaliação.
3.Q Comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde.	- Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores.
3.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.	- Ofício do gestor municipal ao gestor estadual apresentando o processo de habilitação.

ANEXO IV

Sistematização do Processo de Habilitação de Estados
Requisitos Comuns às Duas Condições de Gestão – NOAS-SUS 01/01

REQUISITOS COMUNS ÀS DUAS CONDIÇÕES DE GESTÃO	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
4.A Apresentar o PES, aprovado pelo CES.	<ul style="list-style-type: none">- Apresentar o Plano Estadual de Saúde (PES), atualizado para a presente gestão estadual.- Ata da reunião do CES que aprovou o Plano Estadual de Saúde (PES). <p>O PES deverá conter minimamente:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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 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. <p>- Plano Diretor de Regionalização.</p>
4.B Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o PES, 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	<ul style="list-style-type: none">- Apresentar o PDR de acordo com a IN que o regulamenta;- Ata de aprovação da PPI na CIB;- Ata de aprovação da PPI no CES.
4.C Comprovar a implementação da programação integrada das ações ambulatoriais, hospitalares e de alto custo, contendo a referência intermunicipal e os critérios para sua elaboração.	<ul style="list-style-type: none">- PPI de acordo com a IN que a regulamenta;- Ata de aprovação da PPI na CIB;- Ata de aprovação da PPI no CES.

4.D Apresentar Relatório de Gestão aprovado pelo CES, relativo ao ano anterior à solicitação do pleito.	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar Relatório de Gestão relativo ao ano anterior à solicitação do pleito, compatível com a Agenda de Compromissos. - Ata da reunião do CES que aprovou o relatório de gestão.
4.E Comprovar o funcionamento da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	<ul style="list-style-type: none"> - Ato legal de criação; - Atas das reuniões realizadas no trimestre anterior à solicitação do pleito.
4.F Comprovar o funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES).	<ul style="list-style-type: none"> - Ato legal de criação do CES; - Atas das reuniões dos trimestre anterior à solicitação do pleito, conforme frequência prevista na lei ou no regimento.
4.G Comprovar a operação do Fundo Estadual de Saúde (FES).	<ul style="list-style-type: none"> - Ato legal de criação do FES; - Cadastro financeiro.
4.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 n.º 29, de 14/9/2000.	<ul style="list-style-type: none"> - Comprovante específico, do SIOPS, contendo os indicadores relativos à execução orçamentária do ano anterior e ao orçamento do ano corrente.
4.I Comprovar a transferência da gestão da atenção hospitalar e ambulatorial aos municípios habilitados, conforme a respectiva condição de gestão.	<ul style="list-style-type: none"> - Resolução da CIB atestando a referida transferência, nos Termos do modelo de gestão e da estratégia de descentralização pactuados na CIB, para o Estado.
4.J Comprovar a estruturação do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).	<ul style="list-style-type: none"> - Ato legal de criação do componente estadual do SNA; - Comprovação do funcionamento do componente estadual do SNA através de relatórios específicos.
4.K Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas, quanto a contratação, autorização, controle e avaliação, auditoria e pagamento, dos serviços sob sua gestão e quanto a avaliação do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde da população do Estado.	<ul style="list-style-type: none"> - Declaração do DATASUS atestando que a SES está em condições técnicas de processar o SIA/SUS e o SIH/SUS; - Rubrica específica no orçamento do exercício e mecanismos que permitam a transferência dos recursos financeiros do FES, para os FMS e de pagamento de prestadores de serviço.
4.L Apresentar desempenho satisfatório dos indicadores do Pacto de Avaliação da Atenção Básica do ano anterior, de acordo com a legislação vigente.	<ul style="list-style-type: none"> - Planilha de monitoramento do desempenho dos indicadores do Pacto da Atenção Básica.
4. M Estabelecer o Pacto de Indicadores da Atenção Básica referente ao ano em curso.	<ul style="list-style-type: none"> - Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelo gestor municipal e pelo Secretário Estadual de Saúde.
4.N Comprovar a certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças.	<ul style="list-style-type: none"> - Publicação da certificação do estado.
4.O Comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado, organizado Segundo a legislação e capacidade de desenvolvimento de ações de vigilância sanitária	<ul style="list-style-type: none"> - Assinatura do Termo de Ajuste de Metas.
4.P – 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.	<ul style="list-style-type: none"> - Ata e Resolução da CIB atestando o cumprimento do conjunto de requisitos gerais e específicos; - Ata da reunião do CES que aprovou o pleito.

ANEXO V

Requisitos Específicos para Habilitação de Estado à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual – NOAS-SUS 01/01

REQUISITOS ESPECÍFICOS : CONDIÇÃO DE GESTÃO AVANÇADA	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
4.Q Dispor de 60% dos municípios do Estado habilitados nas condições de gestão estabelecidas na NOAS-SUS 01/01, independente do seu contingente populacional; ou 40% dos municípios habilitados, desde que nestes, residam 60% população.	- Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito.
4.R Dispor de 30% do valor do TFA comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.	- Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito.

ANEXO VI

Requisitos Específicos para Habilitação de Estado à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual – NOAS-SUS 01/01

REQUISITOS ESPECÍFICOS: CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA	INSTRUMENTOS DE COMPROVAÇÃO
4.S Comprovar a operacionalização de mecanismos e instrumentos de regulação de serviços ambulatoriais e hospitalares.	- Declaração da CIB atestando que SES dispõe de mecanismos de controle e de garantia da referência intermunicipal.
4.T 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.	- Declaração da CIB atestando que o estado cumpre este requisito.
4.U Dispor de 50% do valor do TFA do Estado comprometido com transferências regulares e automáticas aos municípios.	- Declaração da CIB, atestando que o estado cumpre este requisito.

ANEXO VII

TERMO DE HABILITAÇÃO

Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
NOAS-SUS 01/01

Município _____ UF _____
Prefeito Municipal _____
Secretário Municipal da Saúde _____
Endereço da SMS _____
CEP: _____ Tel.: () _____ Fax: () _____
E-mail: _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ANEXO I DA I.N. N.º..../2001

	SIM	NÃO
1.A – Conselho Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do CMS. Data / /	()	()
Ata das 3 últimas reuniões do CMS.	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de habilitação Data / /	()	()
1.B – Fundo Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do FMS. Data / /	()	()
Cadastro Financeiro.	()	()
Extratos das contas do FMS referentes ao último trimestre.	()	()
1.C – Plano Municipal de Saúde		
PMS atualizado para a presente gestão municipal com a programação.	()	()
Física e financeira atualizada. Período:		
Ata da reunião do CMS que aprovou o PMS atualizado. Data / /	()	()
Declaração do Teto Financeiro Global do Município (TFGM).	()	()
1.D – Pacto de Indicadores da Atenção Básica		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica firmado entre os gestores municipal e estadual.	()	()
1.E – Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração da SES ou do DATASUS e CENEPI/FUNASA referente ao processamento e alimentação do SIA/SUS, SINAN, SINASC, SIM, SI-PNI e de outros Sistemas de Informação vinculados à Atenção Básica.	()	()
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse quesito.	()	()
1.F – Procedimentos assistenciais integrantes do PAB Ampliado		
Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada.	()	()
1.G – Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal		
Formulário específico demonstrando a contrapartida do ano anterior.	()	()
Relatório do SIOPS com orçamento do ano em curso.	()	()
1.H – Designação de médico responsável pela autorização prévia, controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados		
Declaração da SMS.	()	()
1.I – Vigilância Sanitária		
Ato que estabelece atribuição e competência da Vigilância Sanitária.	()	()
Data / /		
1.J – Vigilância Epidemiológica		
Declaração da SES se comprometendo a cumprir este requisito.	()	()
Declaração conjunta SES e SMS explicitando responsabilidades na vigilância epidemiológica.	()	()
1.L – Recursos humanos para supervisão e auditoria		
Declaração da SMS que cumpriu todas as exigências desse requisito.	()	()

1.M – Formalização do pleito de habilitação

SIM NÃO

Ofício do gestor municipal à CIB.

() ()

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 n.º, 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 _____ n.º ____/____

MS

CONASS

CONASEMS

ANEXO VIII

TERMO DE HABILITAÇÃO

Município Habilitado nos Termos da NOB SUS 01/96, Pleiteante à Condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – NOAS-SUS 01/01

Município _____	UF _____
Prefeito Municipal _____	
Secretário Municipal da Saúde _____	
Endereço da SMS _____	
CEP: _____	Tel.: () _____
	Fax: () _____
E-mail: _____	

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO DA HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ANEXO II DA I.N. N.º.../2001		SIM	NÃO
2.A – Conselho Municipal de Saúde			
Ata da reunião do CMS que aprovou o pleito de mudança de gestão.		()	()
Data / /			
Atas das 3 últimas reuniões do CMS. Período:		()	()
2.B – Plano Municipal de Saúde Atualizado		()	()
Ata do CMS aprovando o PMS atualizado.		()	()
2.C – Alimentação aos Sistemas de Alimentação			
Declaração do Gestor Municipal, atestada pela SES, de que o município alimenta regularmente os Sistemas de Informação vinculados à Atenção Básica.		()	()
2.D – Desempenho dos indicadores do Pacto da Atenção Básica			
Relatório do cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica do ano anterior.		()	()
2.E – Pacto do Indicadores da Atenção Básica			
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica Ampliado firmado entre os gestores municipal e estadual, para o ano em curso.		()	()
2.F – Capacidade de assumir as responsabilidades mínimas definidas no subitem 6.1, da NOAS-SUS 01/01			
Declaração da SES comprovando a capacidade do município assumir as responsabilidades mínimas.		()	()
Relatório dos procedimentos integrantes do PAB Ampliado, referentes ao ano anterior.		()	()
Ficha de Cadastro Ambulatorial atualizada. Atualizada em: / /		()	()
2.G – Situação regular junto ao Sistema Nacional de Auditoria			
Certidão negativa do componente estadual e nacional do SNA.		()	()
Ata do CMS aprovando o Relatório de Gestão do ano anterior.		()	()
2.H – Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal			
Formulário específico demonstrando a contrapartida no ano anterior.		()	()
Relatório emitido pelo SIOPS sobre o orçamento do ano em curso.		()	()
2.I – Atualização do nome do médico responsável pela autorização prévia, controle, avaliação e auditoria dos procedimentos e serviços realizados			
Declaração da SMS.		()	()
2.J - Formalização do pleito de mudança de condição de gestão			
Ofício do Gestor Municipal solicitando mudança de gestão.		()	()

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 n.º , de / /

SES: _____ Ass.: _____

COSEMS: _____ Ass.: _____

Comentários: _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT

Data de entrada // Data de conclusão da análise //

Responsável pela análise do Termo: _____

Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na reunião de: / / Publicação no D.O.U. / /

Portaria _____ n.º ____/____

MS

CONASS

CONASEMS

ANEXO IX

TERMO DE HABILITAÇÃO

Município Pleiteante à Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal
NOAS-SUS 01/01

ATENÇÃO: Este documento deve ser preenchido durante visita técnica, *in loco*, por técnicos da SES.

Município _____	UF _____
Prefeito Municipal _____	
Secretário Municipal da Saúde _____	
Endereço da SMS _____	
CEP: _____	Tel.: () _____ Fax: () _____
E-mail: _____	

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ANEXO III DA I.N. N.º/2001

	SIM	NÃO
3.A – Conselho Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do CMS. Data / /	()	()
Atas das 3 últimas reuniões do CMS. Meses:	()	()
3.B – Fundo Municipal de Saúde		
Ato legal de criação do FMS. Data / /	()	()
Cadastro Financeiro.	()	()
Extratos das contas do FMS referentes aos últimos 3 meses.	()	()
3.C – Plano Municipal de Saúde contemplando 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.		
PMS atualizado para a presente gestão municipal. Período:	()	()
Ata da reunião do CMS que aprovou o PMS atualizado. Data / /	()	()
3.D – Desempenho satisfatório nos indicadores constantes do pacto da atenção básica, de acordo com a normatização da SPS.		
Planilha de Monitoramento do desempenho dos indicadores do pacto da atenção básica do ano anterior.	()	()
3.E – Demonstrar desempenho satisfatório na gestão da atenção básica, conforme avaliação descrita no subitem 6.5, item 6, capítulo 1, da NOAS-SUS 01/01.		
Relatório da SES comprovando a capacidade de o município assumir as responsabilidades das áreas de atuação estratégica: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, controle da hipertensão arterial, controle da diabetes mellitus, saúde da criança, saúde da mulher e saúde bucal.	()	()
3.F – Comprovar a oferta com qualidade e quantidade suficiente, em seu território, de todo elenco de procedimentos cobertos pelo PABA e daqueles definidos no anexo 3 da NOAS-SUS 01/01, bem como de leitos hospitalares para realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica.		
Declaração da SMS, homologada pela SES, com base na PPI.	()	()
Relatório Técnico comprovando a existência de leitos hospitalares para a realização, no mínimo, de parto normal e primeiro atendimento nas clínicas médica e pediátrica.	()	()
3.G – Termo de Compromisso para Garantia de Acesso com a SES.		
Termo de Compromisso para Garantia do Acesso.	()	()

3.H – Estrutura do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria/SNA. Ato legal de criação do componente municipal do SNA.	SIM ()	NÃO ()
3.I – Participar da elaboração e da implantação da PPI do Estado, bem assim da alocação de recursos expressa na programação. Cópia da publicação dos limites financeiros da população própria e da população referenciada decorrentes da PPI.	()	()
3.J – Capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto ao cadastro, à contratação, ao controle, à 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. Relação de pessoal com perfil profissional. Relação de material e equipamentos para o exercício de atividades. Planilha ou relatório de avaliação do impacto das ações de saúde dos indivíduos sob a gestão municipal.	() () ()	() () ()
3.K – 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 n.º 29, de 14/9/2000. Comprovante específico, do SIOPS, que demonstre a contrapartida financeira do ano e do exercício anterior, do total da receita do Tesouro Municipal, de acordo com a legislação vigente.	()	()
3.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. Declaração da SMS atestando que o município cumpriu este requisito.	()	()
3.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. 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.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. 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.O – 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.P – Comprovar a organização do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria e mecanismos de controle e avaliação. Declaração conjunta da SES e da SMS explicitando as responsabilidades do município e do Estado nas ações de auditoria e de controle e avaliação.	() ()	() ()
3.Q – Comprovar disponibilidade orçamentária suficiente e mecanismos para pagamento de prestadores públicos e privados de saúde. Rubrica orçamentária específica para pagamento aos prestadores.	()	()
3.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. Ofício do gestor municipal ao gestor estadual apresentando o processo 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 n.º , 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 _____ n.º ____ / ____

MS

CONASS

CONASEMS

ANEXO X

TERMO DE HABILITAÇÃO

Estado Pleiteante à Condição de Gestão Avançada do Sistema Estadual
NOAS-SUS 01/01

ATENÇÃO: Este documento deve ser preenchido durante visita técnica, *in loco*, por técnicos da SES.

Estado _____
Governador _____
Secretário Estadual de Saúde _____
Endereço da SES _____
CEP: _____ Tel.: () _____ Fax: () _____
E-mail: _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ANEXO IV E V DA I.N. N.º..../2001

	SIM	NÃO
4.A – Plano Estadual de Saúde		
PES atualizado para a presente gestão estadual. Período: _____	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o PES atualizado. Data / / _____	()	()
4.B – Plano Diretor de Regionalização		
PDR de acordo com a IN que o regulamenta.	()	()
Ata de aprovação do PDR na CIB. Data / / _____	()	()
Ata de aprovação do PDR no CES. Data / / _____	()	()
4.C – Programação Pactuada Integrada		
PPI implementada.	()	()
Ata de aprovação na CIB. Data / / _____	()	()
Ata de aprovação no CES. Data / / _____	()	()
4.D – Relatório de Gestão		
Relatório do ano anterior à solicitação do pleito. Ano: _____	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o relatório. Data / / _____	()	()
4.E – Comissão Intergestores Bipartite		
Ato legal de criação da CIB. Data / / _____	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior. Número de reuniões: _____	()	()
4.F – Conselho Estadual de Saúde		
Ato legal de criação da CES. Data / / _____	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior. Número de reuniões: _____	()	()
4.G – Fundo Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do FES. Data / / _____	()	()
Cadastro financeiro.	()	()
Extratos das contas do FES relativos ao último trimestre.	()	()
4.H – Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual		
Cópia do recibo contendo os indicadores relativos à execução orçamentária do ano anterior e ao orçamento do ano corrente, emitido pelo SIOPS quando da alimentação do sistema. Data / / _____	()	()
4.I – Transf. da gestão da atenção hosp. e amb. Aos municípios habilitados		
Declaração da CIB.	()	()
4.J – Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente estadual. Data / / _____	()	()
Relatórios específicos de auditoria.	()	()
4.K – Pacto de Indicadores da Atenção Básica do ano anterior		
Planilha de monitoramento dos Pactos da Atenção Básica	()	()
4.L – Pacto de Indicadores da Atenção Básica		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelos gestores municipais e o gestor estadual.	()	()

	SIM	NÃO
4.M – Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração do DATASUS referente ao processamento do SIA/SUS e SIH/SUS pelo estado.	()	()
Rubrica orçamentária específica p/ transf. de rec. entre FES e FMS e pagamento de prestadores.	()	()
4.N – Vigilância Epidemiológica		
Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças. Data / /	()	()
4.O – Vigilância Sanitária		
Termo de Ajuste de Metas assinado. Data / /	()	()
4.P – Formalização do pleito de habilitação		
Ata e Declaração da CIB atestando o cumprimento dos requisitos.	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o pleito de habilitação. Data / /	()	()
4.Q – Índice de Descentralização		
Declaração da CIB.	()	()
4.R – Transferências do TFA aos municípios		
Declaração da CIB.	()	()

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 ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO

Aprovado na reunião de: / / Deliberação n.º , 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 estado no D.O.E. Sim () Não ()

Data da publicação / /

Responsável pela análise do Termo: _____

Ass.: _____

DECISÃO DA CIT

Aprovado na reunião de: / / Publicação no D.O.U. / /

Portaria _____ n.º ____/____

_____ MS _____ CONASS _____ CONASEMS

ANEXO XI

TERMO DE HABILITAÇÃO

Estado Pleiteante à Condição de Gestão Plena do Sistema Estadual
NOAS-SUS 01/01

ATENÇÃO: Este documento deve ser preenchido durante visita técnica, *in loco*, por técnicos da SES.

Estado _____
Governador _____
Secretário Estadual de Saúde _____
Endereço da SES _____
CEP: _____ Tel.: () _____ Fax: () _____
E-mail: _____

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE HABILITAÇÃO DE ACORDO COM O ESTABELECIDO NO ANEXO IV E VI DA I.N. N.º/2001

	SIM	NÃO
4.A – Plano Estadual de Saúde		
PES atualizado para a presente gestão estadual. Período: _____	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o PES atualizado. Data / / _____	()	()
4.B – Plano Diretor de Regionalização		
PDR de acordo com a IN que o regulamenta.	()	()
Ata de aprovação do PDR na CIB. Data / / _____	()	()
Ata de aprovação do PDR no CES. Data / / _____	()	()
4.C – Programação Pactuada Integrada		
PPI implementada	()	()
Ata de aprovação na CIB. Data / / _____	()	()
Ata de aprovação no CES. Data / / _____	()	()
4.D – Relatório de Gestão		
Relatório do ano anterior à solicitação do pleito. Ano: _____	()	()
Ata da reunião do CES que aprovou o Relatório. Data / / _____	()	()
4.E – Comissão Intergestores Bipartite		
Ato legal de criação da CIB. Data / / _____	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior. Número de reuniões: _____	()	()
4.F – Conselho Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do CES. Data / / _____	()	()
Atas das reuniões do trimestre anterior. Número de reuniões: _____	()	()
4.G – Fundo Estadual de Saúde		
Ato legal de criação do FES. Data / / _____	()	()
Cadastro Financeiro.	()	()
Extratos das contas do FES relativos ao último trimestre.	()	()
4.H – Contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Estadual		
Cópia do recibo contendo os indicadores relativos à execução orçamentária do ano anterior e ao orçamento do ano corrente, emitido pelo SIOPS quando da alimentação do sistema. Data / / _____	()	()
4.I – Transf. da gestão da atenção hosp. e amb. aos municípios habilitados		
Declaração da CIB.	()	()
4.J – Sistema Nacional de Auditoria		
Ato legal de criação do componente estadual. Data / / _____	()	()
Relatórios específicos de auditoria.	()	()
4.K – Pacto de Indicadores da Atenção Básica do ano anterior		
Planilha de monitoramento dos Pactos da Atenção Básica.	()	()
4.L – Pacto de Indicadores da Atenção Básica		
Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores da Atenção Básica assinado pelos gestores municipais e o gestor estadual.	()	()
4.M – Contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços		
Declaração do DATASUS referente ao processamento do SIA/SUS e SIH/SUS pelo estado.	()	()
Rubrica orçamentária específica p/ transf. de rec. entre FES e FMS e pagamento de prestadores.		

	SIM	NÃO
4.N – Vigilância Epidemiológica Certificação do processo de descentralização das ações de epidemiologia e controle de doenças. Data / /	()	()
4.O – Vigilância Sanitária Termo de Ajuste de Metas assinado. Data / /	()	()
4.P – Formalização do pleito de habilitação Ata e Declaração da CIB atestando o cumprimento dos requisitos Ata da reunião do CES que aprovou o pleito de habilitação. Data / /	()	()
4.S – Operacionalização de Mecanismo de Contr. da Prestação de Serviços Assistenciais Declaração da CIB.	()	()
4.T – Índice de Descentralização Declaração da CIB.	()	()
4.U – Transferências do TFA aos municípios Declaração da CIB.	()	()

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 ANÁLISE DO PLEITO DE HABILITAÇÃO
Aprovado na reunião de: / / Deliberação n.º , de / /
SES: _____ Ass.: _____
COSEMS: _____ Ass.: _____
Comentários: _____

ESTADO _____

INFORMAÇÕES DA SECRETARIA TÉCNICA DA CIT
Data de entrada / / Data de conclusão da análise / /
Cópia da publicação da habilitação do estado no D.O.E. Sim () Não ()
Data da publicação / /
Responsável pela análise do Termo: _____
Ass.: _____

DECISÃO DA CIT
Aprovado na reunião de: / / Publicação no D.O.U. / /
Portaria _____ n.º ____/____
_____ MS _____ CONASS _____ CONASEMS _____

Regulamenta a elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o processo de qualificação de regiões/microrregiões, constante da Norma Operacional da Assistência – NOAS-SUS 01/01

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando a necessidade de regulamentar a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01, aprovada pela Portaria GM/MS n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, resolve:

Art. 1.º A elaboração, tramitação e verificação do Plano Diretor de Regionalização e qualificação de regiões/microrregiões, previstas na NOAS-SUS 01/01 observará os dispositivos desta Instrução Normativa.

Capítulo I – Da Elaboração do Plano Diretor de Regionalização

Art. 2.º O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização em cada Estado e no Distrito Federal e 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.

Art. 3.º Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do PDR 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.

Art. 4.º O Plano Diretor de Regionalização 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 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.

Art. 5.º O Plano Diretor de Regionalização subsidiará o processo de qualificação de regiões/microrregiões.

Capítulo II – Da Tramitação do Plano Diretor de Regionalização

Art. 6.º O Plano Diretor de Regionalização deverá ser encaminhado observando a seguinte tramitação:

- a) a Secretaria Estadual de Saúde ou do Distrito Federal deverá encaminhar o PDR 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, 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 de Saúde deverá encaminhar o PDR à Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que encaminhará o Plano ao gestor federal, para análise de conteúdo e viabilidade;
- d) a análise do PDR será feita pelo Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência (DGA), da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), e pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), que procederão ao encaminhamento deste, com parecer, à Comissão Intergestores Tripartite para deliberação e homologação. Caso não seja homologado, o PDR deverá ser encaminhado à respectiva Secretaria de Saúde, à CIB e ao CES para ajuste e análise das recomendações.

Capítulo III – Dos Requisitos para Aprovação e Meios de Verificação do Plano Diretor de Regionalização

Art. 7.º O Plano Diretor de Regionalização deve conter, para sua aprovação, os seguintes requisitos:

Requisitos	Meios de Verificação
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.	1 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;
2 Abrangência populacional por módulo assistencial e região/microrregião do estado.	2 Quadro resumo da população abrangida por espaço territorial.
3 Apresentação dos subsídios para elaboração da PPI da assistência do estado e cronograma de readequação.	3 Apresentação dos subsídios para elaboração da PPI da assistência do estado e cronograma de readequação através de PPI anterior e instrumentos de elaboração aprovados na CIB.
4 Apresentação das necessidades e proposta de fluxo de referência para outros estados.	4 Capítulo do PDR com a descrição das necessidades e proposta de referência para outros estados.
5 Descrição dos mecanismos de regulação para garantia do acesso da população aos serviços de referência intermunicipal.	5 Capítulo da PDR referente aos mecanismos de regulação do acesso aos serviços.
6 Descrição por região/microrregião dos investimentos necessários para conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde.	6 Plano Diretor de Investimento (PDI) anexado ao PDR. O PDI 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).
7 Apresentação e proposta de estruturação de redes de referência especializada.	7 Capítulo do PDR com proposta de estruturação de redes de referência especializadas.
8 Cronograma de Implantação do PDR.	8 Cronograma anexado.
9 Aprovação do PDR pela CIB e CES.	9 Declaração da CIB E CES.
10 Adesão a implantação do Cartão SUS.	10 Apresentação do cronograma de implantação ao Cartão SUS.

Capítulo IV – Da Qualificação das Regiões/Microrregiões

Art. 8.º 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-sede 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 referido no Anexo 3 da NOAS-SUS 01/01, acrescidos de um conjunto de serviços, no mínimo, de um segundo nível de atenção, de acordo com a complexidade definida por cada estado.

Art. 9.º A qualificação de cada região/microrregião de saúde estará condicionada aos seguintes requisitos e com os seguintes meios de verificação:

Requisitos	Meios de Verificação
1 Habilitação do(s) município(s)-sede do(s) módulo(s) assistencial(is) em Gestão Plena do Sistema Municipal 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 municípios 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.
4 Apresentação dos mecanismos de regulação da garantia de acesso da população aos serviços de referência intermunicipal.	4 Declaração da CIB explicitando os mecanismos que regulamentarão a referência entre municípios.
5 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.	5 Apresentação da PPI pelo Gestor estadual com as respectivas declarações da CIB e do CES.
6 Cadastro universal do serviços de saúde existente na região/microrregião concluído.	6 Apresentação do cadastro dos serviços de saúde.

Capítulo V – Da Tramitação da Solicitação de Qualificação das Região/Microrregiões de Saúde

Art. 10 A solicitação de qualificação de cada região/microrregião de saúde deverá ser encaminhada a CIT observando os seguintes itens:

- a) o gestor estadual, conjuntamente com os gestores municipais, devem encaminhar a CIB solicitação de qualificação da região/microrregião;
- b) a CIB deverá analisar e aprovar a solicitação e encaminhá-la a CES para conhecimento;
- c) após aprovada nas instâncias estaduais, a solicitação de qualificação deverá ser encaminhada a CIT, que encaminhará ao gestor federal (DGA/SAS e DAB/SPS) para análise de acordo com o Plano Diretor de Regionalização já aprovado;
- d) aprovada pelo gestor federal, a solicitação deverá ser encaminhada à CIT para análise e homologação.

Art. 11 Após a homologação na CIT, passam a ser realizadas as transferências fundo a fundo, ao município-sede do módulo assistencial, dos recursos correspondentes aos procedimentos listados no Anexo 3 da NOAS-SUS 01/01 destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos.

Capítulo VI – Das Considerações Finais

Art. 12 As alterações do Plano Diretor de Regionalização, propostas após a homologação pela CIT, deverão respeitar todo o fluxo de tramitação descrito no Artigo 7.º do Capítulo II desta Instrução Normativa.

Art. 13 Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

Impressão, acabamento e expedição
EDITORA MS/Coordenação-Geral de Documentação e INFORMAÇÃO/SAA/SE
Ministério da Saúde
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP 71200-040
Telefone: (61) 233 2020 fax: (61) 233 9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília-DF, janeiro 2002
OS 0458/2001