MANUAIS TÉCNICOS

Gestão 2013 - 2016

AMOSC
ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO OESTE DE SANTA CATARINA

CIS - AMOSC
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DE SANTA CATARINA

CIDEMA
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, SOCIAL E DO MEIO AMBIENTE

SETOR SAÚDE

Orientações, procedimentos e legislações utilizados pelos técnicos da AMOSC, CIS-AMOSC e CIDEMA no atendimento aos seus associados.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **4**

1. CONCEITO DE SAÚDE-DOENÇA **5**

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS **5**

2.1. COMO SURGIU O SUS 5
2.2. OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES DO SUS 7
2.3. CARACTERÍSTICAS DO SUS 8
2.4. PRINCÍPIOS DO SUS 9
2.5. SÃO PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS: 9
2.6. SÃO PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS: 10
2.7. ORGANIZAÇÃO, DIREÇÃO E GESTÃO DO SUS 16

3. OS GESTORES DO SUS **16**

3.1. AS FUNÇÕES DOS GESTORES DO SUS 17
3.2. INSTÂNCIAS DE DECISÕES NO SUS 19
3.2.1. Conferências de saúde no controle social *22*
3.2.2. Conselhos de Saúde no Controle Social *23*

4. INSTRUMENTOS DE GESTÃO **24**

4.1. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE - PMS 24
4.1.1. Análise Situacional *25*
4.1.2 Formulação dos Objetivos, Diretrizes e Metas *29*
4.2. PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE – PAS 30
4.3. RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO – RAG 32

5. PACTO PELA SAÚDE **34**

5.1. PACTO PELA VIDA 34
5.2. PACTO EM DEFESA DO SUS 35
5.3. PACTO DE GESTÃO 36
5.3.1. Diretrizes para a Gestão do SUS *36*
5.4. TERMO DE COMPROMISSO DE GESTÃO (TCG) 50

6. OS RECURSOS DO SUS **51**

7. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE **52**

8. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS) **56**

9. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 – REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº 8.080/90 .. **58**

10. CARTÃO NACIONAL DO SUS **65**

11. OUTRAS OBRIGAÇÕES DOS MUNICIPIOS – ESTRATÉGIAS E PROGRAMAS **66**

11.1. ATENÇÃO BÁSICA 66
11.2. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO 69
11.3. ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 70
11.4. ÁREAS TÉCNICAS 71
11.4.1 Doenças Crônicas *71*
11.4.2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES *71*
11.5. SAÚDE DA FAMÍLIA 73
11.6. PROESF – PROJETO DE EXPANSÃO E CONSOLIDAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA 73
11.7. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL 73
11.8. SAÚDE INDÍGENA 74
11.9. SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE 74

11.10. Saúde do Homem 75
11.11. Saúde da Mulher 75
11.12. Saúde do Idoso 76
11.13. Saúde Mental 76
11.14. Rede Cegonha 77
11.15. SIAB 77
11.16. NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família 79
11.17. Farmácia Básica 79
11.18. Vigilância em Saúde 80
11.19. Vigilância Epidemiológica 80
11.20. Programa Nacional de Imunização – PNI 81
11.21. Programa de Agentes Comunitários – PACS 81
11.22. Controle, Avaliação e Auditoria 81

12. TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO – TFD 82

12.1. Da Documentação 82
12.2. Do Laudo Médico TFD 83
12.3. Do Pedido TFD 83
12.4. Da Ficha de Encaminhamento 83
12.5. Do Tratamento 84
12.6. Dos Critérios 84
12.7. Portarias 85
12.8. Das Despesas 85
12.9. Do Controle 86
12.10. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC 87

CONCLUSÃO 88

REFERÊNCIAS 89

APRESENTAÇÃO

O Setor de Saúde da AMOSC, integrado ao Departamento Técnico, tem como objetivo principal nesta área, implementar, viabilizar e articular junto aos órgãos governamentais e não governamentais, ações e serviços na área da Saúde.

O presente documento tem por objetivo, trazer ao conhecimento dos novos Prefeitos e profissionais da área, informações de fundamental importância para a continuidade das ações na área da Saúde, referente aos programas, projetos, legislações das ações que são desenvolvidas em nível dos Municípios, que compõem a Microrregião da AMOSC.

A atuação do Município é imprescindível na solução dos problemas das políticas públicas, por ser o governo mais próximo da população, e, portanto, mais acessível ao cidadão, permite maior controle social bem como, maior facilidade para mobilizar recursos disponibilizados, somando-os aos recursos públicos, destinados à prestação e execução de serviços de interesse da comunidade local.

Pretende-se com o presente documento, oferecer subsídios na execução das atividades pertinentes aos trabalhos desenvolvidos nos Municípios, objetivando a integração e a efetiva participação de toda população envolvida, garantindo assim, maior eficácia, eficiência e efetividade nas ações.

Chapecó, SC - dezembro de 2016

1. CONCEITO DE SAÚDE-DOENÇA

O processo saúde-doença é um conceito central da proposta de epidemiologia social, que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais; cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos. A ênfase, nesse caso, está no estudo da estrutura socioeconômica, a fim de explicar o processo saúde-doença de maneira histórica, mais abrangente, tornando a epidemiologia um dos instrumentos de transformação social.

Nessa trajetória, o conceito de saúde vem sofrendo mudanças, por ter sido definido como "estado de ausência de doenças"; foi redefinido em 1958, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como "estado de completo bem-estar físico, mental e social", passando de uma visão mecânica da saúde para uma visão abrangente e não estática do processo saúde-doença.

A definição de saúde presente na Lei Orgânica de Saúde (LOS), n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, procura ir além da apresentada pela OMS, ao se mostrar mais ampla, pela explicitação dos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

O que consta na LOS é que:

> "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, Art. 3).

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

2.1. Como Surgiu o SUS

Em 1979 é apresentada a primeira proposta de um Sistema Único de Saúde no I Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Câmara dos

Deputados, onde foi aprovado um documento sobre a questão democrática na saúde que orienta o movimento sanitário, envolvendo profissionais da área da saúde, sindicalistas de várias categorias, parlamentares, movimentos comunitários e associativos.

Nesta mesma ocasião, o Governo criou o PREV-SAÚDE com o objetivo de descentralizar o sistema. O PRE-SAÚDE era um programa de serviços básicos que instituía uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo como componente fundamental o nível da assistência primária, coerente com as políticas formuladas para toda a América Latina, voltadas para a atenção primária à saúde. Na época as pressões corporativas se articularam para impedir a viabilização da proposta.

Em 1982, o Governo mudou a forma de pagamento do setor privado contratado pela introdução do pagamento por diagnóstico - AIH – Autorização de Internação Hospitalar – e passou a celebrar convênios com os estados e municípios repassando recursos financeiros.

As AIS – Ações Integradas de Saúde – que representavam, pela primeira vez, a possibilidade das instituições públicas de saúde se conhecerem e começarem a fazer um planejamento mais articulado e integrado. Criaram-se as Comissões Interinstitucionais – CIS e CIMS que foram à base do SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

Em 1986 realizou-se a 8° Conferência Nacional de Saúde que, com ampla participação, discutiu a situação da saúde no País e aprovou um relatório cujas recomendações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

A proposta que a Reforma Sanitária faz para reorientar o sistema de saúde brasileiro para cumprir os preceitos constitucionais é a da implantação do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.

Em 1988, o texto Constitucional consagrou a saúde como produto social e estabeleceu as bases legais dos municípios como responsáveis pela elaboração da política de saúde.

A saúde foi incluída no capítulo da Seguridade Social, que é o conjunto das ações de Saúde, Previdência Social e Assistência Social, com financiamento comum e, para organizar o funcionamento oram elaboradas e aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde- LOS.

A Lei Orgânica da Saúde – LOS – é o conjunto de duas leis editadas (Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90) para dar cumprimento ao mandamento constitucional de

disciplinar legalmente à proteção e a defesa da saúde. São leis nacionais que tem o caráter de norma geral, contêm diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem – em seus respectivos territórios – o direito à saúde para SUS povos.

2.2. Objetivos e Atribuições do SUS

A Lei Nº 8.080/90 define em seu Capítulo I que os objetivos do SUS são:

a) A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;

b) A formulação de políticas de saúde, destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação;

c) Assistência ás pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Estão ainda previstas como atribuições do SUS;

d) A execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica, e saúde dos trabalhadores de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

e) A participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

f) A ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde;

g) A vigilância nutricional e orientação alimentar;

h) Colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o trabalho;

i) A formulação da política de medicamentos e equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

j) O Controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

k) A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para o consumo humano;

l) A participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e

utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
m) O incremento em sua área de atuação, desenvolvimento científico e tecnológico;
n) A formulação e execução de política de sangue e seus derivados;

2.3. Características do SUS

- Deve atender a **todos** de acordo com suas necessidades independentemente de que a pessoa contribua ou não para a Previdência Social e sem cobrar nada pelo atendimento.

- Deve atuar de maneira **integral**, isto é deve ver a pessoa como um todo, e que faz parte de uma sociedade. As ações de saúde devem estar voltadas para o indivíduo e a comunidade, para a prevenção e para o tratamento respeitando a dignidade humana.

- Deve ser **descentralizado**, ou seja, o poder de decisão deve ser daqueles que são responsáveis pela execução das ações, pois, quanto mais perto do problema, mais chance se tem de encontrar a solução.

- Deve ser **racional**, ou seja, o SUS deve se organizar de maneira que sejam oferecidos ações e serviços de acordo com as necessidades da população. Para isso deve se organizar a partir de pequenas regiões e ser planejado para suas populações.

- Deve ser **eficiente e eficaz.** Isto é, deve produzir resultados positivos quando as pessoas o procuram ou quando um problema se apresenta na comunidade; para tanto precisam ter qualidade.

- Deve ser **democrático**, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os segmentos envolvidos com o sistema – dirigentes institucionais, prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e, principalmente, a comunidade, a população, os usuários dos serviços de saúde. Por isso, a ideia de organização dos Conselhos de Saúde – nacional, estaduais e municipais, para exercerem esse controle social sobre o SUS, devendo respeitar o critério

de composição paritária: participação igual entre usuários e os demais, além de ter poder de decisão (não apenas consultivo).

- Deve ser **equânime**, isto é: Equidade é diferente de igualdade.
  Todas as pessoas têm direito ao atendimento às suas necessidades. Mas as pessoas são diferentes, vivem em condições desiguais e suas necessidades são diversas. O princípio da equidade significa que a rede de serviços de saúde deve estar atenta para as desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada parcela da população.

2.4. Princípios do SUS

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o SUS, serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e artigo 7º da Lei 8.080/90. Estas diretrizes podem ser classificadas em princípios doutrinários e princípios organizativos que estabelecem parâmetros de conduta e desempenho, contemplando a referência de gestão, a saber:

2.5. São princípios Doutrinários:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, isto é, que todos os cidadãos têm direito á assistência á saúde, independente do vinculo empregatício ou de contribuir ou não para a Previdência Social;

- Integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, ou seja, o sistema de saúde deve proporcionar ao indivíduo e à coletividade as condições de atendimento com as suas necessidades;

- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral;

- Igualdade da assistência á saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- Direito a Informação, para as pessoas assistidas, sobre sua saúde;

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

2.6. São Princípios Organizativos:

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

- Participação da Comunidade: É garantido à população participar do estabelecimento de políticas públicas de saúde, discutindo prioridades e fiscalizando a execução das ações e serviços de saúde, bem como a utilização dos recursos. Esse princípio foi definido na Lei nº 8.142/90, que criou os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, nos três níveis de governo. No Município, o Conselho Municipal de Saúde, com representantes dos usuários do SUS, prestadores de serviços, profissionais e governo, deve ser a instância local de formulação de estratégias e de controle da execução da política de saúde. O exercício do controle social é a democratização do conhecimento, estimulando a organização da sociedade para o efetivo exercício da democracia direta na gestão do Sistema Único de Saúde;

- Descentralização Político – Administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalizando e hierarquizando a rede de serviços;

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

- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da

União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação dos serviços de assistência à saúde da população;

- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

- Organização dos serviços públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;

O SUS reúne em si todas as ações, os serviços de saúde e as unidades de saúde sob responsabilidade da União, dos estados e dos municípios, de forma integrada, a fim de beneficiar a todas as pessoas a partir de ações na área de saúde. As ações e serviços de atenção à saúde também podem ser prestados, de forma complementar, pela iniciativa privada conveniada e contratada (Lei Federal nº 8080/90, Art. 4º). Por esse motivo, o SUS é considerado um dos mais abrangentes sistemas públicos de saúde do mundo. As ações de saúde cobrem desde campanhas até procedimentos mais complexos. O fundamento do SUS é o conceito mais amplo da saúde, que envolve não apenas o tratamento de problemas de saúde, mas também, ações de promoção da qualidade de vida e a prevenção de doenças.

- Gratuidade: o atendimento no SUS é gratuito, isto é, não será cobrado diretamente do cidadão atendido nenhum valor, total ou parcial, referente a serviços prestados por meio do SUS (Lei 8.080/1990, art. 43).

Existem, ainda, outros princípios que orientam a organização do SUS em todo o país:

- HIERARQUIZAÇÃO: a organização e a gestão (administração) dos serviços prestados pelo SUS devem ocorrer com base em níveis crescentes de complexidade, ou seja, vão dos mais simples aos mais complexos:

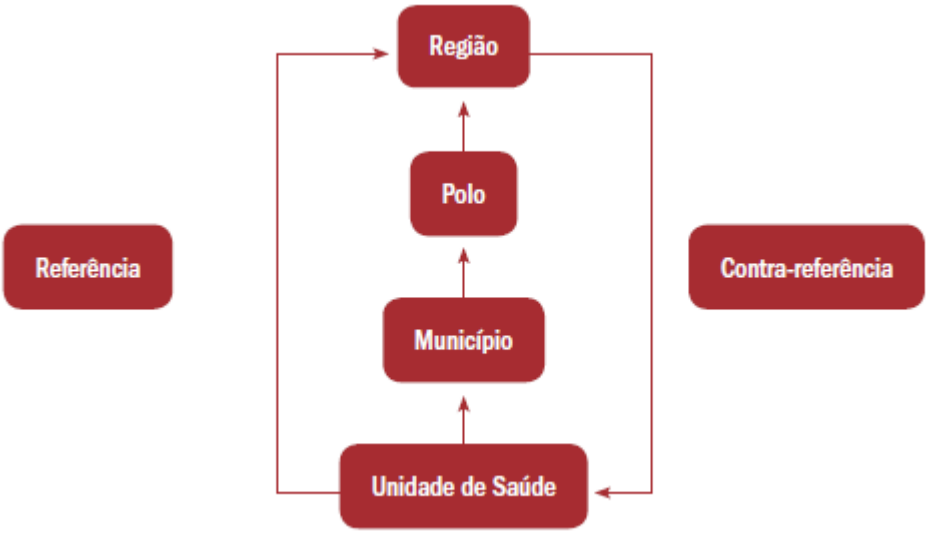
1. Atenção básica: É a “porta de entrada” da população no SUS. Isso acontece nos postos de saúde, nas unidades da Estratégia Saúde da Família. Se, a partir desse primeiro contato, não forem encontrados meios para resolver o problema de

saúde, a pessoa será encaminhada para outros serviços de maior complexidade (média e alta complexidade).

2. Média complexidade: São procedimentos de saúde um pouco mais complexos que os da atenção básica. Incluem tratamentos como, por exemplo, os de cardiologia, pneumologia, neurologia, diagnoses e terapias de médio porte. Se, ainda assim, não for possível solucionar o problema de saúde, a pessoa será encaminhada para a unidade de alta complexidade.

3. Alta complexidade: São procedimentos que necessitam de recursos tecnológicos mais complexos, como, por exemplo, ressonâncias magnéticas e tomografias. Fazem parte da alta complexidade, também, outros procedimentos, tais como hemodiálises e programas de prevenção de câncer.

Os serviços de saúde, então, são organizados por grau de complexidade, na seguinte sequência: unidades de saúde, município, polo e região (BRASIL, 2006)



- REGIONALIZAÇÃO: Na prestação de serviços do SUS devem ser considerados o tamanho e as necessidades do território a ser atendido, bem como os serviços existentes. A organização da rede de saúde de forma regionalizada e hierarquizada favorecerá um conhecimento mais amplo dos problemas de saúde

de cada localidade e consequentemente melhor programação das ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além de ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade.

- DESCENTRALIZAÇÃO: Significa que cada esfera de governo (União, estados e municípios) tem as suas atribuições específicas no que se refere às ações e à prestação de serviços de saúde à população. No caso, a esfera federal repassa algumas funções à esfera estadual que, por sua vez, também faz a transferência de funções à esfera municipal. Os municípios são os entes que possuem a maior responsabilidade em relação à saúde da população, por estarem mais próximos à realidade local. Isso colabora para que a tomada de decisões possa ser feita de forma mais rápida.

Quando ocorre a transferência de funções para os municípios, também ocorre a transferência de responsabilidades, como por exemplo, a necessidade de controlar o dinheiro que o município recebe para aplicar em saúde e a necessidade de fiscalizar as ações e os serviços de saúde prestados à população (quadro 1).

Quadro1 – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS.

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	• Ausente	• Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada	• Ausente	• Negociações em âmbito nacional por meio dos Conselhos Nacionais de Representação dos Secretários Estaduais (Conass) e Municipais (Conasems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
1994 a 1998	NOB 93	• Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas	• Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma residual: transferências em bloco (*block grants*) segundo montante definido no teto financeiro	• Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena)	• Negociações em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS
1998 a 2002	NOB 96	• Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (Programação Pactuada e Integrada - PPI)	• Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (*project grants*) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas	• Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs); Programa Saúde da Família (PSF) • Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena)	• Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
2002 a 2005	NOAS 2001/ 2002	• Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos)	• Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada • Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas (*project grants*) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais	Manutenção dos dispositivos anteriores e: • Definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica • Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade • Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade • Criação de protocolos para assistência médica	• Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais) • Iniciativas isoladas de consórcios • Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. • Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica)
A partir de 2006	Pactos pela Saúde	• Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados no processo de regionalização da saúde conduzidos no âmbito estadual com pactuação entre os gestores	• Transferências em cinco grandes blocos segundo nível de atenção à saúde, tipo de serviço, programas e funções – em fase de implantação	• Definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção	• Negociações em âmbito nacional e estadual • Fomento à expansão das experiências de negociação regional e compartilhamento da gestão dos sistemas de saúde • Formalização dos acordos entre gestores por meio da PPI, da assinatura de termos de compromissos entre os gestores no âmbito do Pacto de Gestão e do Pacto pela Vida • Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação dos compromissos pactuados

FONTE:Manual Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS – 2010 – EAD –ENSP - FIOCRUZ

- PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE: Garantida pela Constituição Federal e regulada pela Lei Nº 8.142/90, significa que a população participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, nos níveis municipal, estadual e federal, através dos conselhos e conferências de saúde.

A população deve participar na definição, no controle e na fiscalização da execução das políticas de saúde. As diretrizes das políticas de saúde encontram- se detalhadas nos planos municipais e estaduais de saúde. A participação popular ocorre por meio de entidades e movimentos que representam a sociedade.

2.7. Organização, Direção e Gestão do SUS

A Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90 em seus artigos oitavo e nono dispõem sobre a organização, direção e gestão do SUS.

Na organização do SUS alguns princípios servem de base para a prestação de serviços e ações de saúde.

A ótica da Lei Nº 8.080/90, que organizou o SUS, apresenta um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de mudanças dos fatores determinantes e condicionantes de saúde com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de tratamento, prevenção e controle de doenças.

Tal controle é obtido por meio de um conjunto de atividades estrategicamente estruturadas que visam ações eficazes, eficientes e com garantia da efetividade.

3. OS GESTORES DO SUS

No município os gestores são os Secretários Municipais de Saúde. Cabendo-lhes a função de planejar, executar e avaliar as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Estando mais próximo da população, ninguém mais competente que os gestores municipais para programar as ações de saúde compatíveis com as questões de saúde na sua área de abrangência.

Em nível estadual, a Secretaria de Estado da Saúde – SES é a responsável pelas ações de saúde do seu estado, assim como pelo planejamento e controle do SUS na esfera de sua responsabilidade.

Na instância federal cabe ao Ministério da Saúde – MS - normatizar o

conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo assim para seu desenvolvimento.

3.1. As funções dos gestores do SUS

A atuação do gestor do SUS se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde. Essas funções podem ser definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão necessárias para a implementação de políticas na área da saúde, que devem ser exercidas de forma coerente com os princípios do sistema público de saúde e da gestão pública.

Simplificadamente pode-se identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde:

- formulação de políticas/planejamento;
- financiamento;
- regulação, coordenação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores, públicos ou privados);
- prestação direta de serviços de saúde.

Cada uma dessas macro funções compreende, por sua vez, uma série de sub-funções e de atribuições dos gestores. Por exemplo, dentro da função de formulação de políticas/planejamento estão incluídas as atividades de diagnóstico de necessidades de saúde, identificação de prioridades e programação de ações, entre outras.

A legislação do SUS e diversas normas e portarias complementares editadas a partir dos anos 1990 empreenderam esforços no sentido de definir e diferenciar o papel dos gestores da saúde nas três esferas. No entanto, a análise das funções delineadas para a União, estados e municípios no terreno das políticas de saúde no âmbito legal e normativo evidencia que o sistema brasileiro se caracteriza pela existência de atribuições concorrentes entre essas esferas de governo, sem que existam padrões de autoridade e responsabilidade claramente delimitados, o que é comum em países federativos. Na maioria das vezes, observa-se uma mistura entre a existência de competências concorrentes e competências específicas de cada

esfera.

O quadro apresentado a seguir resume as principais atribuições dos gestores do SUS:

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Federal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. • Papel estratégico e normativo. • Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade. • Busca da equidade. • Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. • Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nos campos de tecnologias, insumos e recursos humanos.	• Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde. • Peso importante dos recursos federais. • Papel redistributivo. • Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre áreas da política e entre regiões/estados. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas estaduais. • Coordenação de redes de referência de caráter interestadual/nacional. • Apoio à articulação interestadual. • Regulação da incorporação e uso de tecnologias em saúde. • Normas de regulação sanitária no plano nacional. • Regulação de mercados em saúde (planos privados, insumos). • Regulação das políticas de recursos humanos em saúde. • Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde. • Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas/ações estratégicas.
Estadual	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. • Promoção da regionalização. • Estímulo à programação integrada. • Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde.	• Definição de prioridades estaduais. • Garantia de alocação de recursos próprios. • Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. • Realização de investimentos para redução de desigualdades. • Busca da equidade na alocação de recursos.	• Regulação de sistemas municipais. • Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal. • Apoio à articulação intermunicipal. • Coordenação da PPI no estado. • Implantação de mecanismos de regulação da assistência (ex.: centrais, protocolos). • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas estaduais. • Avaliação do desempenho dos sistemas municipais.	• Em caráter de exceção. • Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/ regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária. • Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
Municipal	• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. • Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos. • Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário).	• Garantia de aplicação de recursos próprios. • Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais. • Realização de investimentos no âmbito municipal.	• Organização das portas de entrada do sistema. • Estabelecimento de fluxos de referência. • Integração da rede de serviços. • Articulação com outros municípios para referências. • Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. • Regulação sanitária (nos casos pertinentes). • Avaliação dos resultados das políticas municipais.	• Peso importante na execução de ações/ prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária. • Gerência de unidades de saúde. • Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

FONTE:Manual Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS - 2010 – EAD – ENSP - FIOCRUZ

3.2. Instâncias de decisões no SUS

O arranjo institucional do SUS prevê uma série de instâncias de negociação e estabelecimento de pactos, envolvendo diferentes níveis gestores do sistema e diversos segmentos da sociedade. Tal arranjo permite que vários atores – mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão dos sistemas – participem do processo decisório sobre a política de saúde. O exercício da gestão pública da saúde é cada vez mais compartilhado por diversos entes governamentais e não governamentais e exige a valorização e o funcionamento adequado dos espaços de representação e articulação dos interesses da sociedade.

Esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de:

a) gestores do sistema em cada esfera de governo;

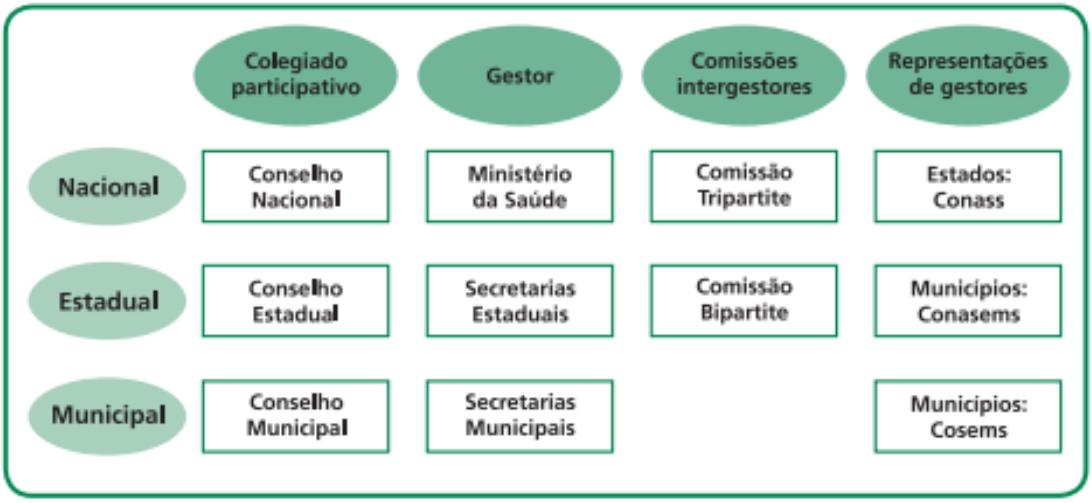
b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (no âmbito nacional) e as Comissões Intergestores Bipartites (uma por estado);

c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conass e Conasems) e no âmbito estadual (Cosems);

d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e

municipal. A Figura 1 sistematiza o arcabouço institucional e decisório vigente no SUS.

FIGURA 1 – Estrutura institucional e decisória do SUS



FONTE:Manual Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS - 2010 – EAD – ENSP – FIOCRUZ

Na área da saúde, face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas as comissões intergestores. O objetivo dessas instâncias é propiciar o debate e a negociação entre os três níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de saúde participativos.

A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em funcionamento desde 1991 no âmbito nacional, tem atualmente 15 membros, sendo formada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, representantes dos secretários estaduais de saúde indicados pelo Conass e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conasems, segundo representação regional. A atuação da CIT se destaca particularmente nas negociações e decisões táticas relacionadas à implementação descentralizada de diretrizes nacionais do sistema e aos diversos mecanismos de distribuição de recursos financeiros federais do SUS.

As Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) foram formalmente criadas pela Norma Operacional Básica de 1993. Esta norma estabelece a CIB como “instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS”

(BRASIL, 1993), ressaltando os aspectos relacionados ao processo de descentralização no âmbito estadual. Em cada estado há uma CIB, formada paritariamente por representantes estaduais indicados pelo secretário de estado de saúde e representantes dos secretários municipais de saúde indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) de cada estado.

As CIBs, cujas reuniões em geral apresentam periodicidade mensal, discutem tanto questões relacionadas aos desdobramentos de políticas nacionais nos sistemas estaduais de saúde (a questão da distribuição de recursos federais do SUS é um tema frequente) quanto referentes a agendas e políticas definidas no âmbito de cada estado.

Na maioria dos estados, há câmaras técnicas bipartites que também se reúnem mensalmente, antes da reunião da CIB, visando debater e processar as questões com vistas a facilitar a decisão dos representantes políticos na CIB. Em outros estados, essas câmaras não existem de forma permanente, mas é comum a formação de grupos técnicos para a discussão de temas específicos.

Mais recentemente, no âmbito da regulamentação do Pacto pela Saúde em 2006, foi proposta a criação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR), que já teve início em vários estados. Tais Colegiados, a serem conformados de acordo com os processos de regionalização em cada estado, devem se constituir num espaço de decisão conjunta por meio da “identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de saúde, integrada e resolutiva” (BRASIL, 2006, p. 21). A composição dos Colegiados Regionais também envolve representantes de estados e municípios. No entanto, diferentemente das CIBs regionais, os CGRs, a princípio, não são paritários entre os dois grupos, pois devem envolver representantes de todos os municípios que integram uma dada região ou microrregião, visando o planejamento integrado da rede de serviços regional. Com o Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) este passa a ter a denominação de Comissão Intergestores Regionais – CIR.

Sabemos que a participação popular é difícil, mas a construção de uma sociedade melhor, mais justa e democrática se faz com a participação de todos. É por isso que o controle social deve ser incentivado e vivido no dia a dia, como exemplo de cidadania para a comunidade. Para auxiliar a sociedade no exercício do controle social na área da saúde, a Lei criou as conferências de saúde e os

conselhos de saúde.

3.2.1. Conferências de saúde no controle social

A Conferência de Saúde é uma instância colegiada com representação de vários segmentos pra avaliar e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. São convocadas pelo gestor e quando esse não o faz o conselho pode convocá-la. Devem acontecer a cada quatro anos ou conforme definido na Lei Orgânica do Município. Além da Conferência Geral de Saúde, vêm sendo realizadas Conferências Setoriais tais como: Saúde Bucal, Ciência e Tecnologia, Saúde do Trabalhador. Em especial, nas Conferências Setoriais, além da realização das Conferências Municipais, poderão ser realizadas conferências microrregionais e/ou regionais para discussão e encaminhamento de propostas que reflitam as necessidades do conjunto de municípios.

As conferências de saúde são espaços democráticos de construção da política de saúde. São os locais onde o povo manifesta, orienta e decide os rumos da saúde em cada esfera: federal, estadual e municipal. É um legítimo exercício da democracia a participação do povo na formulação e controle da política pública de saúde. É preciso valorizar esse espaço e é responsabilidade dos gestores do SUS garantir que a discussão se dê em seu estado ou município de forma ampla, transparente e ascendente, ou seja, a partir de pré-conferências em bairros, regiões ou distritos, e que, dessas reflexões, surjam avaliações e propostas consistentes que se traduzam em políticas públicas de saúde. Em cada região devem-se reunir representantes da sociedade civil que devem de ser pessoas interessadas nas questões relativas à saúde e à qualidade de vida. Essas pessoas decidirão o que o povo quer recomendar aos gestores do SUS e às esferas de governo sobre a política de saúde.

É possível também realizar a eleição dos membros do conselho de saúde durante a conferência. Portanto, este é mais um motivo importante para a organização da conferência contar com o apoio dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviço, buscando mobilizar e envolver amplamente a sociedade em todos os momentos.

A Lei 8.142/90 menciona que a decisão de realizar a conferência deve ser do Executivo, ou extraordinariamente deste e do conselho. Portanto, cabe ao

governador ou prefeito sua convocação, mas o conselho de saúde pode propor ao gestor a realização da conferência.

3.2.2. Conselhos de Saúde no Controle Social

O Conselho busca participar da discussão das políticas de saúde e ter uma atuação independente do governo, embora faça parte da estrutura do Município. É órgão colegiado de caráter deliberativo e permanente e integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal, que atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política municipal de saúde, conforme Lei 8.142 e a lei específica que criou no âmbito do Município.

O Conselho criado e estruturado por lei só poderá ser alterado mediante outra lei. Essa alteração deve ser amplamente discutida com todos os seguimentos que o compõe, garantindo legitimidade ao ato legal. A representação dos usuários deve ser paritária, devendo ser 50% entidades usuárias e os demais 50%, divididos entre profissionais de saúde, prestadores de serviços e governo.

O mandato dos conselheiros deve ser previsto no regimento interno, e por ocasião da instalação da nova administração municipal, cabe ao prefeito indicar os novos representantes do governo local. As demais indicações são privadas das respectivas entidades ou segmentos sociais. Todas as representações devem ser homologadas pelo chefe do executivo municipal.

Por meio do Conselho de saúde a comunidade ali representada:

- fiscaliza a aplicação do dinheiro público na saúde;
- verifica se a assistência à saúde prestada no estado ou no município está atendendo às necessidades da população;
- verifica se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com o que a população precisa.

Através dos conselhos de saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, o planejamento e a execução de políticas de saúde. Além disso, os conselhos têm como responsabilidade, juntamente com os gestores da saúde, contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a saúde, baseada nos direitos de cidadania de toda a população. Os conselheiros têm que estar a favor da vida e da saúde, defendendo o acesso aos serviços de saúde de qualidade.

4. INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Os Instrumentos de Gestão devem compor o elenco básico dos produtos a serem promovidos, de início o Planejamento deve conter os seguintes instrumentos:

4.1. Plano Municipal de Saúde - PMS

O processo de formulação participativo e ascendente do Plano Municipal de Saúde, além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para se assegurar o princípio de unicidade do SUS e a participação social.

Para o cumprimento da orientação legal, verifica-se, todavia, a dificuldade de se indicar um modelo único aplicável a todas as instâncias, especialmente considerando as peculiaridades e necessidades próprias de cada município.

Dessa forma, o Plano de Saúde – como instrumento referencial básico – deve refletir essas diferentes realidades. Assim, é importante observar o conceito básico do que é o Plano de Saúde, definido no Art. 2º da Portaria Nº 3.332/2006, e que comporta, logicamente, a incorporação das adaptações que se fizerem necessárias, em cada esfera de gestão, em consonância com a política nacional de saúde expressa nos respectivos atos normativos.

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, define-se como Plano de Saúde o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas.

As ações, os recursos financeiros e outros elementos que dão consequência prática ao Plano não são objeto de explicitação no Plano de Saúde.

Em síntese, o Plano de Saúde deve ser a expressão das políticas e dos compromissos de saúde numa determinada esfera de gestão. É a base para a execução, o monitoramento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.

Para a elaboração do Plano de Saúde, é necessário:

1 - Identificar problemas e situações que requerem a implementação de soluções;

2 - Identificar os fatores que, diretamente ou indiretamente, determinam a situação considerada insatisfatória;
3 - Estabelecer as linhas que poderão ser seguidas para solucionar os problemas;
4 - Identificar os responsáveis pela execução;
5 - Definir os procedimentos de monitoramento e avaliação que permitirão saber se as linhas seguidas são adequadas para os fins perseguidos e se os resultados obtidos estão dentro do esperado;

No âmbito do Sistema de Planejamento do SUS, o atendimento desses requisitos compreende dois momentos, a saber:

- Análise situacional;
- Formulação dos objetivos, diretrizes e metas.

4.1.1. Análise Situacional

A análise situacional consiste no processo de identificação, formulação e priorização de problemas em uma determinada realidade.

O objetivo da análise situacional é permitir a identificação dos problemas e orientar a definição das medidas a serem adotadas. No âmbito do planejamento em saúde, entende-se como problema uma situação que se afasta, negativamente, de um estado desejado. Por exemplo: uma taxa de mortalidade infantil que supere os valores esperados em função dos conhecimentos e das técnicas disponíveis.

A identificação dos problemas, na análise situacional para a elaboração do Plano de Saúde, deverá ser feita com base em três eixos: condições de saúde da população, determinantes e condicionantes de saúde e gestão em saúde.

- ✓ Condições de Saúde da População

Para obter informações que permitam identificar os principais problemas no que se refere às condições de saúde, é necessário desenhar o perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico da população. As principais fontes para obtenção desses dados são: o Censo Populacional do IBGE, o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, que pode ser acessado por via eletrônica

(www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas); o Sistema de Ministério da Saúde Informações de Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc); os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares – SIA/SIH (www.datasus.gov.br); e Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa (www.ripsa.org.br).

Em relação aos dados demográficos, devem ser contemplados, entre outros:
- O crescimento populacional;
- O índice de envelhecimento;
- A estrutura etária da população;
- A taxa de fecundidade;
- A mortalidade proporcional por idade;
- A esperança de vida ao nascer;
- A taxa bruta de mortalidade.

Em relação aos dados socioeconômicos, devem ser contemplados, entre outros:
- A razão de renda;
- A taxa de desemprego;
- Os níveis de escolaridade;
- A taxa de analfabetismo; e
- O índice de desenvolvimento humano (IDH).

Em relação aos dados epidemiológicos, devem ser contemplados, entre outros:
- A mortalidade por grupo de causas, segundo raça, sexo e faixa etária;
- A morbidade, segundo raça, sexo e faixa etária; e
- A identificação de grupos vulneráveis ou de necessidades que demandam intervenções específicas (por exemplo, população indígena, grupos assentados, quilombolas, alimentação e nutrição, atividade física, acidentes e violências etc.).

Obs.: sugere-se que, quando necessário, os dados sejam desagregados segundo raça, sexo e faixa etária. Nas bases de dados anteriormente apontadas, essas informações estão disponíveis. Para a construção de indicadores, uma fonte de consulta importante é a publicação da Ripsa, intitulada “Indicadores básicos para a

saúde no Brasil: conceitos e aplicações" também disponível nos seguintes endereços eletrônicos: www.opas.org.br (publicações/outras publicações) e www.saude.gov.br (informações de saúde).

A análise situacional, além daqueles acima explicitados, compreenderá também as vertentes identificadas a seguir.

Vigilância em saúde: analisar a atuação voltada a eliminar, diminuir, controlar ou prevenir doenças, agravos e riscos à saúde, bem como a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde.

Atenção básica: analisar a organização e o funcionamento, com destaque para *a*spectos ligados ao acesso às ações e serviços de saúde, a estratégia de saúde da família, a qualidade e humanização do atendimento.

Assistência ambulatorial especializada: analisar a organização e o funcionamento, com destaque para oferta e demanda de serviços, incorporação tecnológica, articulação e fluxo entre os diferentes níveis assistenciais, a resolubilidade e os mecanismos de regulação.

Assistência hospitalar: analisar a organização e o funcionamento dos serviços próprios e o perfil dos estabelecimentos conveniados, com destaque para o porte, o número de leitos destinados ao SUS e a disponibilidade de equipamentos hospitalares.

Assistência de urgência e emergência: analisar a organização e funcionamento com ênfase na estrutura física e tecnológica; atendimento pré-hospitalar; qualificação da equipe profissional; disponibilidade de transportes para transferência de pacientes; unidades de pronto atendimento não hospitalares e estruturação dos mecanismos de regulação.

Assistência farmacêutica: analisar a organização e a prestação desta assistência, compreendendo desde o acesso ao elenco básico e o fornecimento dos medicamentos excepcionais, até o financiamento.

- ✓ Determinantes e Condicionantes de Saúde

Nesse eixo, deverão ser identificadas as medidas intersetoriais que se configuram determinantes e/ou condicionantes da situação de saúde ou da atenção à saúde, desenvolvidas nas respectivas esferas de governo.

A partir dessa identificação, caberá analisar a integração do setor saúde nos espaços de formulação, implementação e monitoramento das políticas públicas.

Como exemplo, figuram: meio ambiente/saneamento, ciência e tecnologia, defesa do consumidor (Ministério Público) e educação (como a formação de profissionais para o setor saúde).

- ✓ Gestão em Saúde

Nessa análise, está compreendido o planejamento, a descentralização/regionalização, o financiamento, a participação social, a gestão do trabalho e da educação em saúde, a infraestrutura e a informação em saúde.

- Planejamento: analisar a estrutura, organização e operacionalização do processo de planejamento, bem como a sua interação com o centro de decisão.

- Descentralização/regionalização: analisar a cooperação entre as esferas de governo; estratégia de coordenação de promoção da equidade; funcionamento da comissão Intergestores; funcionamento e participação no colegiado de gestão regional; Termo de Compromisso de Gestão; desenho das redes regionalizadas de atenção à saúde.
- Financiamento: analisar as transferências entre as esferas de gestão; gasto público total; execução orçamentária e financeira; fundo de saúde e critérios e regulamentação do financiamento.
- Participação Social: analisar a articulação entre os gestores e os Conselhos de Saúde; as resoluções e deliberações dos Conselhos e das Conferências de Saúde; as condições de funcionamento dos Conselhos de Saúde e movimentos sociais.

- Gestão do Trabalho em Saúde: analisar a composição da equipe de saúde; tipos de vínculos; mecanismos de negociação com os profissionais de saúde; e planos de cargos e salários; identificar os principais problemas decorrentes da precarização do trabalho. Como exemplo, verificar os mecanismos de valorização dos trabalhadores e os aspectos relativos à humanização das relações de trabalho.
- Educação em Saúde: analisar os processos de educação em saúde e identificar os mecanismos de cooperação técnica e de articulação com instituições de ensino, de serviços e de participação social.
- Infraestrutura: analisar os recursos logísticos, a rede física e os projetos de investimento.
- Informação em Saúde: identificar os bancos de dados existentes, analisando a sua alimentação, qualidade e utilização na produção de informações necessárias ao processo de tomada de decisões. Identificar as distintas fontes de dados disponíveis e verificar a compatibilização dos diferentes instrumentos de coleta de dados.

4.1.2 Formulação dos Objetivos, Diretrizes e Metas.

Como assinalado anteriormente, o momento subsequente à análise situacional é o de formulação dos objetivos, diretrizes e metas do Plano de Saúde. Essa formulação deverá ser feita consoante aos mesmos três eixos adotados na análise situacional, quais sejam: (I) condições de saúde da população; (II) determinantes e condicionantes de saúde; e (III) gestão em saúde.

Os objetivos expressam o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados.

A proposição de objetivos tem a ver não só com a explicação dos problemas, mas também com os resultados do processo de análise de sua viabilidade. É importante considerar a viabilidade política, econômica, técnico-organizacional e realizar a análise de coerência dos objetivos com as políticas de governo. Se bem formulado, o objetivo descreverá a situação a ser alcançada.

As diretrizes são formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas. São expressas de forma objetiva, sob a forma de um enunciado-síntese e visam delimitar a estratégia geral e as prioridades do Plano de Saúde.

Estratégia é a forma que se pretende adotar ou operacionalizar determinada diretriz. Por exemplo: para o cumprimento da diretriz destacada, uma estratégia é a

“ampliação das equipes de saúde da família, às quais deverão ser asseguradas as condições necessárias à resolubilidade, com qualidade, de seu trabalho”.

Prioridades são as medidas que serão privilegiadas ou que terão caráter essencial.

As metas são expressões quantitativas de um objetivo. As metas concretizam o objetivo no tempo e esclarecem e quantificam “o que”, “para quem”, “quando”.

No âmbito do Plano de Saúde, a definição de metas para o período de quatro anos deve ser feita com especial atenção, visto que dizem respeito à efetividade das medidas adotadas sobre a situação de saúde da população e da gestão do Sistema de Saúde. Assim, as metas devem ser devidamente qualificadas, o que significa analisar de que forma elas serão apuradas. Por exemplo: que indicadores serão usados e quais são as fontes de dados ou que estudos deverão ser desenvolvidos, inclusive como, quando e quem os desenvolverá.

4.2. Programação Anual de Saúde – PAS

A programação Anual da Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde.

Na Programação, são detalhadas – a partir dos objetivos, das diretrizes e das metas do Plano de Saúde – as ações, as metas anuais e os recursos financeiros que operacionalizam o respectivo Plano. É importante identificar também as áreas responsáveis e as parcerias necessárias para a execução das ações, as quais representam o que se pretende fazer para o alcance dos objetivos.

Cabe assinalar que a Programação Anual de Saúde reúne o conjunto das iniciativas a serem implementadas pela respectiva esfera de gestão em determinado ano. A elaboração da Programação deve ser coordenada pela área de planejamento ou, no caso de não existir, por uma equipe designada para tal.

Em outras palavras, isso significa que a Programação Anual de Saúde contém, de forma sistematizada, agregada e segundo a sua estrutura básica, as programações de áreas específicas. Os resultados decorrentes da implementação da Programação compõem o Relatório Anual de Gestão.

O horizonte temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário, ou seja, um ano calendário.

Portanto, as bases legais para sua elaboração são: a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual. Nesse sentido, cabe assinalar que o Plano de Saúde constitui um importante instrumento político para a negociação do gestor, visto que nele são apresentadas as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos.

O propósito da Programação é determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos definidos no Plano de Saúde. Assim sendo, a Programação pode ser entendida como um processo instituído no âmbito do SUS, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores.

São objetivos da Programação Anual de Saúde:

- Integrar o processo geral de planejamento das três esferas de governo de forma ascendente, coerente com os respectivos planos municipal, estadual e nacional de saúde, para o ano correspondente;
- Consolidar o papel do gestor na coordenação da política de saúde;
- Viabilizar a regulação, controle e avaliação do sistema de saúde;
- Definir a macro alocação dos recursos do SUS para o financiamento do sistema;
- Promover a integração dos sistemas municipais de saúde;
- Explicitar o pacto de gestão e o comando único em cada esfera de governo;

- contribuir no desenvolvimento de processos e métodos de avaliação de resultado e controle das ações e serviços de saúde.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, a Programação Anual de Saúde conterá, minimamente, o seguinte formato:

- Definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde;
- Estabelecimento das metas anuais;
- Definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.

4.3. Relatório Anual de Gestão – RAG

O Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (Art. 4º da Portaria 3.332/2006).

Cabe destacar que, ao final do período de vigência do Plano de Saúde, é necessário que seja feita a sua avaliação, retratando os resultados efetivamente alcançados, de modo a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações. Para tanto, os Relatórios Anuais de Gestão configuram-se insumos privilegiados.

Essa avaliação, além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano, registrando os avanços obtidos, os obstáculos que dificultaram o trabalho, bem como as iniciativas ou medidas que devem ser desencadeadas.

O Relatório Anual de Gestão deverá ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde. Esse relatório é também instrumento das ações de auditoria e de controle.

Em síntese, do ponto de vista da estrutura, o Relatório Anual de Gestão conterá, minimamente:

- O resultado da apuração do cumprimento do conjunto das ações e metas contido na Programação Anual;
- A análise da execução da programação (física e orçamentário-financeira);
- As recomendações (por exemplo, revisão dos indicadores, reprogramação).

Portanto, além de apresentar o desempenho da execução das ações e o grau de cumprimento das metas da Programação Anual de Saúde, o Relatório Anual de Gestão fornece as bases para o ajuste do Plano e indica os rumos para a programação do ano seguinte.

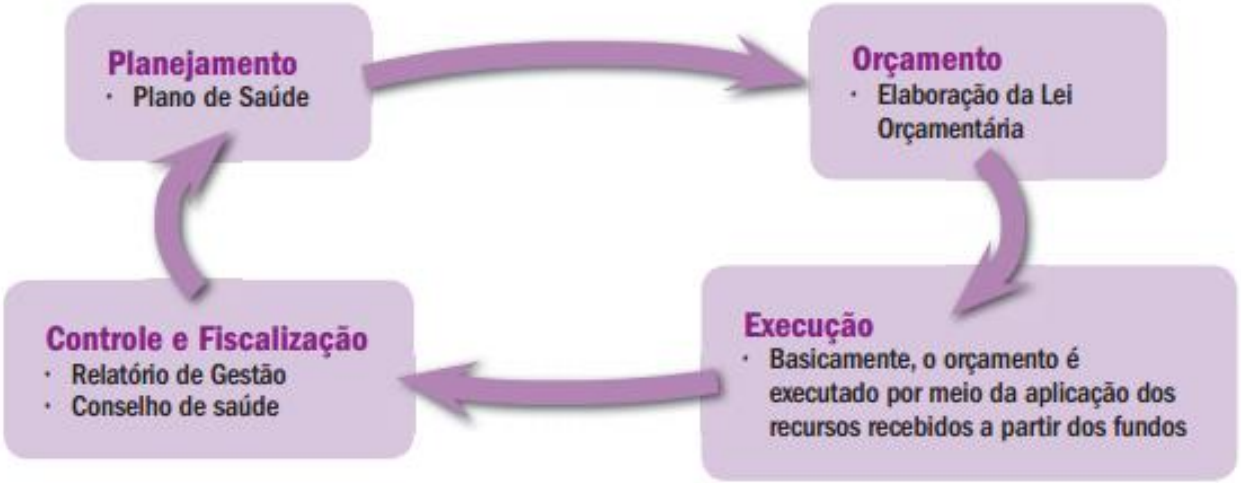
O Relatório de Gestão é o instrumento formal de avaliação da gestão, devendo estar em consonância com o plano municipal de saúde, mostrando:

- As realizações, os resultados ou os produtos obtidos em função das metas programadas;
- Identificando e valorizando a mudança e o impacto alcançado em função dos objetivos estabelecidos;
- Assinalando o grau de eficiência, eficácia e efetividade alcançada pela

estrutura e organização, em função dos recursos aplicados e dos resultados obtidos;

- Produzindo subsídios para a tomada de decisões relativas aos rumos do processo desencadeado e à prática vivenciada.

A Portaria GM/MS nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008, dispõe sobre a elaboração, fluxo, aprovação e prazos referentes aos Relatórios Anuais de Gestão. No Pacto pela Saúde, através do Termo de Compromisso de Gestão, o gestor deverá apontar também a situação relativa à elaboração e aprovação dos Relatórios de Gestão. Desde o ano de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 325 de 21/02/08, a aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho de Saúde passou a ser um indicador pactuado nacionalmente, com meta de 100% para a realização do mesmo. Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, através do Demags, o monitoramento e avaliação deste processo.



ATENÇÃO: Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda dos Instrumentos de Gestão (Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão) por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

5. PACTO PELA SAÚDE

A partir do Pacto pela Saúde (Portaria 399/GM/MS, de 22/2/2006), o município se tornou o principal responsável pela saúde de sua população. O objetivo do Pacto é envolver gestores, trabalhadores de saúde e usuários do SUS a fim de possibilitar o aperfeiçoamento e a melhoria contínua do sistema de saúde.

Se no município não houver todos os serviços de saúde, o gestor deve fazer um acordo, um pacto, com outros municípios de sua região, a fim de conseguir o acesso a esses serviços, para que a sua população não fim que sem atendimento. O Pacto também deve ser negociado com os gestores estaduais. Todo estado deve apoiar financeira e tecnicamente (com processos de trabalho, com a habilidade de executar algo) os municípios, para que estes assumam integralmente sua responsabilidade de gestor da saúde dos seus habitantes.

De acordo com o Pacto pela Saúde:

• Todo município é responsável pela atenção integral à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade juntamente com o estado e a União.

• Todo estado deve responder, juntamente com municípios, Distrito Federal e União, pela integralidade (totalidade) da atenção à saúde da população.

No Pacto, ainda, foi reconhecido o dever de os gestores destinarem maior orçamento para o controle social. O controle social foi contemplado nesse documento por causa das dificuldades relatadas por muitos conselhos referentes à ausência de estrutura mínima para a realização de seu trabalho e ao desrespeito, por parte de muitos gestores, das deliberações dos conselhos. Os gestores devem apoiar ações de capacitação de conselheiros, destinar orçamento mínimo para a manutenção de uma sala com telefone, computador e outros equipamentos mínimos necessários ao funcionamento do conselho e disponibilizar veículos para ações de fiscalização.

5.1. Pacto pela Vida

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira.

A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local.

Os estados/regiões/municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

a) Saúde do Idoso;

b) Controle do câncer do colo do útero e da mama;

c) Redução da mortalidade infantil e materna;

d) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;

e) Promoção da Saúde;

f) Fortalecimento da Atenção Básica.

5.2. Pacto em Defesa do SUS

Diretrizes

O trabalho dos gestores das três esferas de governo e dos outros atores envolvidos dentro deste Pacto deve considerar as seguintes diretrizes:

- Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;
- Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

Iniciativas

O Pacto em Defesa do SUS deve firmar-se através de iniciativas que busquem a:

- Repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS;
- Promoção da Cidadania como estratégia de mobilização social tendo a questão da saúde como um direito;
- Garantia de financiamento de acordo com as necessidades do Sistema.

Ações do Pacto em Defesa do SUS:

1. Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito;

2. Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS;

3. Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania;

4. Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS;

5. Regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do PL nº 01/03;

6. Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde de acordo com a Constituição Federal.

5.3. Pacto de Gestão

Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

5.3.1. Diretrizes para a Gestão do SUS

5.3.1.1. Descentralização

Dos processos administrativos relativos à gestão nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) a partir de diretrizes e normas pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A CIT e o Ministério da Saúde promovem e apoiam os processos de qualificação permanente para as CIBs, qu são instâncias de pactuação e deliberação para a realização de pactos intra-estaduais e para a definição de modelos organizacionais**.**

5.3.1.2. Regionalização

A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores**.**

De um determinado espaço geográfico contínuo, com um recorte territorial que se constitui numa Região de Saúde a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados neste mesmo território.

A regionalização deve propiciar:

- certo grau de resolutividade com suficiência em atenção básica e parte da média complexidade;
- planejamento que leve me conta parâmetros de incorporação tecnológica;
- arranjos inter-regionais para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média complexidade da assistência;
- se constituir em um espaço permanente de pactuação, cogestão solidária e cooperativa por meio de um CIR.

Os principais instrumentos de planejamento da Regionalização são o Plano Diretor de Regionalização – PDR –, o Plano Diretor de Investimento – PDI – e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI.

O PDR deverá expressar o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde, em suas diferentes formas, m cada estado e no Distrito Federal, objetivando a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos.

Para auxiliar na função de coordenação do processo de regionalização, o PDR deverá conter os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde, organizadas dentro dos territórios das regiões e macrorregiões de saúde, em articulação com o processo da Programação Pactuada e Integrada.

O PDI deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento regional e estadual.

No âmbito regional, este deve refletir as necessidades para se alcançar a suficiência na atenção básica e parte da média complexidade da assistência, conforme desenho regional e na macrorregião no que se refere à alta complexidade.

O referido plano deve contemplar também as necessidades da área da vigilância em saúde e ser desenvolvido de forma articulada com o processo da PPI e do PDR.

Regiões de Saúde

São recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território. Deve organizar a rede de ações e serviços de saúde a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado;

5.3.1.3. Financiamento do Sistema Único de Saúde

São princípios gerais do financiamento para o Sistema Único de Saúde:

a. Responsabilidade das três esferas de gestão – União, Estados e Municípios pelo financiamento do Sistema Único de Saúde;

b. Redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais, a ser contemplada na metodologia de alocação de recursos, considerando também as dimensões étnico-racial e social;

c. Repasse fundo a fundo, definido como modalidade preferencial de transferência de recursos entre os gestores;

d. Financiamento do custeio com recursos federais será constituído, organizado e transferido em blocos de recursos;

e. O uso dos recursos federais para o custeio fica restrito a cada bloco, atendendo às especificidades previstas nos mesmos, conforme regulamentação específica;

f. As bases de cálculo que formam cada bloco e os montantes financeiros destinados para os municípios, Distrito Federal e estados devem compor memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

Os blocos de financiamento para o custeio são:

a. Atenção Básica

b. Atenção da Média e Alta Complexidade

c. Vigilância em Saúde

d. Assistência Farmacêutica

e. Gestão do SUS

f. Bloco de Investimentos

a) Bloco de financiamento para a Atenção Básica

O financiamento da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, sendo que os recursos federais comporão o Bloco Financeiro da Atenção Básica dividido em dois componentes:

O Piso da Atenção Básica – PAB – consiste em um montante de recursos financeiros, que agrega as estratégias destinadas ao custeio de ações de atenção básica à saúde. Os recursos financeiros do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal.

Os Recursos Per Capita ou PAB fixo - referem-se ao financiamento de ações de Atenção Básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos municípios. É calculado pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde, de acordo com população de cada município e do Distrito Federal, e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

ATENÇÃO: Desde a sua criação, o PAB fixo (Portaria GAB/MS nº 1.882, de 18/12/1997), tinha valor per capita de R$10,00, porém ele vem sofrendo reajustes. O valor per capita em vigor foi reajustado pela Portaria GM nº 1409, de 10 de julho de 2013, sendo que o gestor deve ficar atento, pois ele sofre reajuste constantemente, este valor varia de R$ 0,23/hab/ano a R$ 0,28/hab/ano conforme pontuação e porte do município.

O Piso da Atenção Básica Variável – PAB Variável – consiste em um montante financeiro destinado ao custeio de estratégias específicas desenvolvidas no âmbito da atenção básica à saúde.

O PAB Variável passa a ser composto pelo financiamento das seguintes estratégias:

a) Estratégia Saúde da Família;

b) Agentes Comunitários de Saúde;
c) Saúde Bucal;
d) NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
e) Equipes Saúde da Família de comunidades Ribeirinhas e Fluviais;
f) Equipes Consultório na Rua;
g) Programa Saúde na Escola;
h) Programa Academia da Saúde;
i) Microscopistas;
j) Atenção Domiciliar;

Os recursos do PAB Variável serão transferidos ao município que aderir e implementar as estratégias específicas a que se destinam e a utilização desses recursos deve estar definida no Plano Municipal de Saúde. O PAB Variável da Assistência Farmacêutica e da Vigilância em Saúde passam a compor os seus Blocos de Financiamento respectivos.

Compensação de Especificidades Regionais – CER - é um montante financeiro igual a 5% do valor mínimo do PAB fixo multiplicado pela população do Estado, para que as CIBs definam a utilização do recurso de acordo com as especificidades estaduais, podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) e indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT.

b) Bloco de financiamento para a Atenção da Média e Alta Complexidade

- **Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC)** dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios é destinado ao financiamento de ações de média e alta complexidade em saúde e de incentivos transferidos mensalmente. Os incentivos do Componente Limite Financeiro MAC incluem:

I - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
II - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu);
III - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
IV - Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos;
V - Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde (Fideps);

VI - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena (Iapi);

VII - Incentivo de Integração do SUS (Integrasus);

VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo.

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada, publicada em ato normativo específico. Neste componente estão incluídos todos os procedimentos de média e alta complexidade, **inclusive os procedimentos realizados pelos consórcios e compras de serviços.**

Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade, atualmente financiados pelo FAEC, serão gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e devem ser publicados em atos normativos específicos, conforme cronograma e critérios a ser pactuados na CIT. Enquanto o procedimento não for incorporado ao Componente Limite Financeiro MAC, este será financiado pelo Componente FAEC.

- **Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC**) será composto pelos recursos destinados ao financiamento dos seguintes itens:

I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC);

II - transplantes e procedimentos vinculados;

III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido;

IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao (MAC).

Os Projetos de Cirurgia Eletiva de Média Complexidade são financiados por meio do Componente FAEC, como ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário, e implementadas com prazo pré-definido.

c) Bloco de financiamento para a Vigilância em Saúde (dois componentes)

O Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Municípios, do Distrito

Federal e dos Estados representa o agrupamento das ações da Vigilância Sanitária. Epidemiológica, Ambiental e Vigilância em saúde do Trabalhador. Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente. Os recursos deste bloco de financiamento devem ser utilizados conforme a Programação Pactuada e Integrada –PPI e a orientação do respectivo Plano de Saúde.

- Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS e também pelos seguintes incentivos:

- Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar;
- Laboratórios de Saúde Pública;
- Atividade de Promoção à Saúde;
- Registro de Câncer de Base Populacional;
- Serviço de Verificação de Óbito;
- Campanhas de Vacinação;
- Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o Aedes aegypti;
- Contratação dos Agentes de Campo;
- DST/Aids;
- outros que sejam instituídos por meio de ato normativo específico.

Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados ao Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

No Componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais, provenientes de acordos internacionais, destinados ao fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios (VIGISUS II) e ao Programa DST/AIDS.

- Componente da Vigilância Sanitária refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância sanitária, denominado Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (TFVISA), o qual será regulamentado em ato normativo específico pelo Ministério da Saúde.

d) Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica (três componentes)

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em Atenção Básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e/ou os Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Os recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes a medicamentos para os Programas de Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes, devem ser descentralizados para Estados, Distrito Federal ou Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite. Os demais recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e, posteriormente, nas Comissões Intergestores Bipartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nesses programas.

Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação na CIT.

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

- controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- antiretrovirais do programa DST/AIDS;
- sangue e hemoderivados;
- imunobiológicos.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Port. 2981/2009) destina-se ao financiamento de medicamentos especializados da assistência farmacêutica, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em ato normativo específico.

O financiamento para aquisição dos medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica é de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite.

Os recursos do Ministério da Saúde aplicados no financiamento dos medicamentos especializados de assistência farmacêutica terão como base a emissão e aprovação das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo (Apac), emitidas pelos gestores estaduais, vinculadas à efetiva dispensação do medicamento e de acordo com os critérios técnicos definidos na Portaria nº2981de 26 de novembro de 2009, do Ministério da Saúde. Trimestralmente, o Ministério da Saúde expedirá atos normativos com os valores a ser transferidos mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde, apurados com base na média trimestral das Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Alto Custo (Apac), emitidas e aprovadas conforme critérios e valores de referência indicados para o Grupo 36 da Tabela SIA/SUS.

e) Bloco da Gestão do SUS (Dois Componentes)

O Bloco de Financiamento de Gestão do SUS tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema.

O Componente para a Qualificação da Gestão do SUS apoiará as ações de:

- Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento;

- Planejamento e Orçamento;
- Programação;
- Regionalização;
- Gestão do Trabalho;
- Educação em Saúde;
- Incentivo à Participação e Controle Social;
- Informação e Informática em Saúde;
- Estruturação de Serviços e Organização de Ações de Assistência Farmacêutica;
- outros que forem instituídos por meio de ato normativo específico.

A transferência dos recursos no âmbito deste Componente dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo, com incentivo específico para cada ação que integra o Componente.

- Componente para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde **inclui os incentivos atualmente designados:**

- implantação de Centros de Atenção Psicossocial;
- [qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;]
- implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;
- fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;
- inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;
- implantação de Centros de Especialidades Odontológicas - CEO;
- implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU;
- reestruturação dos Hospitais-Colônia de Hanseníase;
- implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador;
- adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e
- outros que forem instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde são efetivados em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica.

f) Bloco de investimentos de redes em serviço de saúde

O Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (acrescentado na

Portaria 204/GM de 29/01/2007 por meio da Portaria 837 de 23 de abril de 2009) é composto por recursos financeiros que serão transferidos, mediante repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde.

É vedada a aplicação dos recursos disponibilizados por meio do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde em investimentos em órgãos e unidades voltados exclusivamente à realização de atividades administrativas.

5.3.1.4. Planejamento do SUS

O processo de planejamento no âmbito do SUS deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representará o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e avaliação.

5.3.1.5. Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde – PPI

A PPI é um processo que visa definir a programação das ações de saúde em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores.

A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada.

Os gestores municipais e estaduais possuem flexibilidade na definição de parâmetros e prioridades que irão orientar a programação, ressalvados os parâmetros pactuados estadual e nacionalmente. A programação deve ser realizada a cada gestão, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações no fluxo de atendimento ao usuário; na oferta de serviços; na tabela de procedimentos e no teto financeiro, dentre outras.

5.3.1.6. Regulação

Tem como principais diretrizes: cada prestador responde a apenas um gestor; a regulação dos prestadores de serviços deverá ser, preferencialmente, do

município; é responsabilidade do gestor estadual a regulação das referências intermunicipais e a operação dos complexos reguladores, com referência intermunicipal, deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Alguns conceitos:

- Regulação da Atenção à Saúde - tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais da atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária.
- Contratação - conjunto de atos que envolvem desde a habilitação dos serviços/prestadores até a formalização do contrato na sua forma jurídica.
- Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial - conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.
- Complexo Regulador - estratégia da Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré-hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial, avaliação, programação e regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS.
- Auditoria Assistencial ou Clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades.

5.3.1.7. Participação e Controle Social

A Participação Social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90) e é parte fundamental deste pacto.

5.3.1.8. Gestão do Trabalho

Busca a valorização dos trabalhadores da Saúde, a redução dos conflitos e a humanização das relações de trabalho. É um eixo estruturante da política de recursos humanos do SUS.

Serão priorizados os seguintes componentes na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS:

- Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS - este componente trata das necessidades exigidas para a estruturação da área de Gestão do Trabalho integrado pelos seguintes eixos: base jurídico-legal; atribuições específicas; estrutura e dimensionamento organizacional; estrutura física e equipamentos. Serão priorizados para este componente, estados, capitais, Distrito Federal e municípios com mais de 500 empregos públicos, desde que possuam ou venham a criar setores de Gestão do Trabalho e da Educação nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde;
- Capacitação para a Gestão do Trabalho no SUS - este componente trata da qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde. Estão previstos, para seu desenvolvimento, a elaboração de material didático e a realização de oficinas, cursos presenciais ou à distância, por meio de estruturas formadoras existentes;
- Sistema Gerencial de Informações - este componente propõe proceder à análise de sistemas de informação existentes e desenvolver componentes de otimização e implantação de sistema informatizado que subsidie a tomada de decisão na área de Gestão do Trabalho.

5.3.1.9. Educação na Saúde

Visa avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente.

O desenvolvimento dos profissionais da saúde é um ponto de suma importância para implementar um SUS democrático, equitativo e eficaz. Assim, ações de educação continuada e Educação Permanente em Saúde (EPS) são percebidas como mecanismos capazes de produzir mudanças no perfil profissional,

a fim de motivar os profissionais a trabalharem na lógica da interdisciplinaridade, da integralidade e da clínica ampliada.

A Portaria GM/MS no 1.996/07, que estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de modo a adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde, define que a condução regional desta política se dará por meio das Comissões Intergestores Regional (CIR), com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias previstas no regulamento, que participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação de ações da EPS (BRASIL, 2007).

Os processos de EPS (em nível de formação técnica, aperfeiçoamento e pós-graduação), vêm se desenvolvendo na região, tendo como público alvo os servidores municipais da saúde, com base nas necessidades apontadas. Ainda, obedecendo à portaria, a CIES acompanha ações de integração de instituições de ensino superior com os serviços, como o Pet e o Pró-saúde2 e avalia os processos educativos. Em seu Art. 5º, a portaria determina que as CIES sejam compostas pelos gestores de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal e ainda, conforme as especificidades de cada região, por:

I – Gestores estaduais e municipais de educação e/ou seus representantes;

II – Trabalhadores do SUS e/ou suas entidades representativas;

III – Instituições de ensino com cursos na área da saúde, por meio de seus distintos segmentos; e

IV – Movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS.

Para conhecer mais sobre o Pacto pela Saúde e sobre os principais regulamentos que tratam do assunto, acesse os seguintes endereços do Ministério da Saúde na internet:

www.saude.gov.br

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021.

5.4. Termo de Compromisso de Gestão (TCG)

As prioridades do Pacto pela Saúde são apresentadas em forma de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais. De acordo com o Pacto pela Saúde, estado, DF e município assinam um Termo de Compromisso de Gestão (TCG), em que os gestores se compromete a assumir imediatamente ou gradualmente a gestão de todas as ações e serviços de saúde do município. O TCG deve ser elaborado de acordo com os Planos de Saúde das esferas de governo (União, estados e municípios).

Por meio do Termo de Compromisso de Gestão, os gestores do SUS se comprometem com o alcance de resultados relacionados, por exemplo, à redução da mortalidade infantil e materna, ao controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e à redução da mortalidade por câncer de colo de útero e de mama.

Devem participar da elaboração do Termo de Compromisso de Gestão os trabalhadores e os usuários da saúde, devendo ser submetido à aprovação do conselho de saúde. O TCG irá, posteriormente, servir como instrumento de orientação das ações dos gestores de saúde para o alcance das metas e dos objetivos definidos como prioritários (mais urgentes).

No TCG, há um detalhamento das responsabilidades assumidas pelos entes federativos. Essas responsabilidades devem vir especificadas em formulário e em um sistema de informações chamado SISPACTO (Sistema do Pacto pela Saúde). O SISPACTO é um instrumento virtual (encontra-se em uma página da internet) para preenchimento e registro de prioridades, objetivos, metas e indicadores do Pacto pela Saúde. Por meio desse sistema, podem ser consultados os resultados alcançados no ano anterior e a proposta de meta para o ano em curso. Assim, o SISPACTO produz relatórios a partir dos dados ali inseridos por seus usuários via internet.

O Termo de Compromisso de Gestão deve ser aprovado na Comissão Intergestores Bipartite do estado. A partir dessa aprovação o gestor municipal passará a ter a gestão de todos os serviços em seu território.

Maiores informações sobre esse sistema, seus principais normativos e sobre a forma de preenchimento dos formulários nos seguintes endereços:

http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/
http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/manual_federal.pdf

6. OS RECURSOS DO SUS

Em primeiro lugar, é preciso compreender que, embora o atendimento prestado no SUS aos]cidadãos não seja cobrado diretamente, a sociedade paga pelos serviços do SUS quando paga seus impostos.

• Receitas = Entrada de Recursos (Dinheiro Recebido)
• Despesas = Gastos

De acordo com a Constituição Federal de 1988, artigo 198, as ações e os serviços de saúde oferecidos no âmbito do SUS devem ser financiados com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do DF e dos municípios, além de outras fontes, ou seja, todos os entes políticos (União, estados e municípios) são responsáveis pelo financiamento do SUS.

Essa participação conjunta da União, dos estados e dos municípios no financiamento da saúde foi detalhada por meio da Emenda Constitucional 29/2000, que estabeleceu os percentuais mínimos que cada um desses entes políticos deve aplicar nas ações e nos serviços públicos de saúde:

• Os gastos da União em saúde devem ser iguais ao do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). O PIB é a soma de todos os serviços e bens produzidos num período (mês, semestre, ano) em determinada região (país, estado, cidade, continente). Ele é expresso em valores monetários (no caso do Brasil, em Reais). O Produto Interno Bruto (PIB) é um importante indicador da atividade econômica de determinada região. Os valores expressos pelo PIB indicam o quanto a região cresceu economicamente.
• Aos estados compete aplicar 12% de suas receitas em saúde;
• Aos municípios compete aplicar pelo menos 15% de suas receitas em saúde.

Um processo poderá ser instaurado contra a autoridade estadual ou municipal que aplicar em saúde menos que o percentual mínimo exigido (12% e 15%). Isso

poderá torná-la inelegível, isto é, a autoridade que descumprir esta regra pode perder o direito de candidatar-se a cargo eletivo e, consequentemente, de ser eleito. Já o estado ou o município que aplicar menos que o percentual mínimo (12% e 15%, respectivamente) de suas receitas em saúde pode ser apenado, isto é, sofrer pena de:

• suspensão de repasses federais ao estado/município;

• intervenção da União no estado/município (ou do estado no município).

Em outras palavras, o gestor é OBRIGADO a gastar o mínimo de suas receitas, previsto em lei, em saúde.

7. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

O Fundo é um instrumento de gestão de todos os recursos financeiros orçados para a saúde. Funciona com contas específicas, conforme os programas executados pelo Município.

Do ponto de vista orçamentário, contábil e financeiro o fundo se responsabiliza pelo conjunto de todas as atividades da saúde, portanto, deverá haver uma programação orçamentária anual, sendo o Fundo a Unidade Orçamentária da Secretaria da Saúde.

Neste sentido, é importante enfatizar as fontes de receita e a programação de despesas previstas na peça orçamentária de acordo com as leis e normas vigentes.

A receita do Fundo compõe-se, principalmente, de recursos oriundos de:

a) transferências federais;
b) transferências estaduais;
c) transferências municipais.

Com a aprovação da emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000, os Municípios, deverão alocar obrigatoriamente 15% do produto da arrecadação de seus impostos, da parcela do FPM, das transferências Constitucionais para a área da saúde.

As receitas de origem estadual e federal decorrem dos repasses fundo a fundo, dos compromissos conveniais e pagamento pela prestação de serviços de

acordo com as responsabilidades assumidas pela Gestão Municipal e da adesão aos programas nacionais e estaduais específicos.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou o art. 198 da Constituição Federal, trata em seus artigos 5º (União), 6º (Estados e Distrito Federal) e 7º (Municípios e Distrito Federal) das bases de cálculo e aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde:

> "Art. 5: A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual." (g.n.)

> "Art. 6 Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios." (g.n.)

> "Art. 7: Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal." (g.n.)

Quanto á execução dos gastos em saúde, além do previsto na Lei (8.080, Artigo 36, parágrafo 2º), deve-se observar os princípios legais contidos na legislação específicas das licitações – Lei 8.666 – e na LC 101/2000.

Vale lembrar que as despesas com saúde são aquelas que, direta e indireta, são empregadas para promover e recuperar a saúde, conforme os preceitos constitucionais.

Devem ser observadas as orientações contidas nas normas técnicas,

Portarias 1.882/97 e 2.091/98 para se evitar aplicação indevida dos recursos do PAB – Piso de Atenção Básica, que se destinam exclusivamente ao financiamento de ações e serviços de saúde básica.

Ainda, existem recursos com finalidades específicas, repassadas sob forma de contratos e convênios com objeto(s) definido(s).

Enquanto não estiver regulamentado por lei, a aplicação dos recursos da saúde deve seguir a Resolução nº 316, do Conselho Nacional de Saúde, de 04/04/2003, que aprovou as diretrizes para a aplicação dos recursos da EC 29, considerando como despesas com ações e serviços públicos de saúde os gastos com pessoal ativo e a outras despesas de custeio e de capital, atendam os seguintes critérios: despesas referentes às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito; estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo; sejam de responsabilidade específica do setor saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde. Portanto, consideram-se despesas com ações e serviços de saúde relativa à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

a) Vigilância epidemiológica e controle de doenças;
b) Vigilância sanitária;
c) Vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
d) Educação para saúde;
e) Saúde do trabalhador;
f) Assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
g) Assistência farmacêutica;
h) Atenção à saúde dos povos indígenas;
i) Capacitação de recursos humanos pata o SUS;
j) Pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
k) Saneamento básico e do meio ambiente, desde que associados diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Indígenas, e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

l) Serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre órgãos de saúde e órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;
m) Atenção especial aos portadores de deficiência;
n) Ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para as execuções das ações indicadas pelos itens anteriores.

Não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos, segundo a Resolução nº. 316/CNS, as relativas a:

a) Pagamento de aposentadorias e pensões;
b) Assistência que não atenda ao princípio da universalidade (clientela específica);
c) Merenda escolar;
d) Saneamento básico, mesmo o previsto na letra “k“, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate a Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
e) Limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
f) Preservação do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
g) Ações de assistência social;
h) Ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os específicos da EC 29.

Ressalta-se que o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços de saúde serão realizados através do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, criado pela Portaria Interministerial nº 1.163 de 2000.

Importante: As definições de alocação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde devem ser deliberadas pelo Conselho Municipal de Saúde, órgão responsável pela definição das políticas de saúde no Município, através da discussão e aprovação da proposta orçamentária, planos de aplicação, do balancete financeiro e do acompanhamento de execução orçamentária.

8. SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS)

O SIOPS foi institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/PGR nº 1163, de 11 de outubro de 2000, posteriormente retificada pela Portaria Interministerial MS/PGR nº 446, de 16 de março de 2004, sendo, atualmente, coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Até o exercício 2012, o banco de dados do SIOPS é alimentado pelos estados, Distrito Federal e municípios, por meio do preenchimento de formulário em *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o objetivo de apurar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde. A partir do exercício 2013, em decorrência da publicação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (LC 141/2012), o registro de dados passa a ser obrigatório, inclusive para a União.

Os dados contidos no SIOPS têm natureza declaratória e buscam manter compatibilidade com as informações contábeis, geradas e mantidas pelos estados e municípios, além de conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas, definidas pela Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF).

As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do ente federado. Tais informações são inseridas e transmitidas eletronicamente para o banco de dados do sistema, através da internet, gerando indicadores de forma automática.

Um dos indicadores gerados é o do percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de saúde, que demonstra a situação relativa ao cumprimento da Constituição Federal, com base nos parâmetros definidos na Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003, até 2012, diante da não regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 e, a partir daí, com base nos requisitos da LC 141/2012, que regulamentou a referida emenda.

Assim, o SIOPS desde a sua criação, em 2000, constitui instrumento para o acompanhamento do cumprimento do dispositivo constitucional que determina aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde, tendo sido reconhecido seu papel na própria LC 141/2012, que o elege para tal.

Desde 2002, o demonstrativo de despesa com saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária previsto na Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, passou a ser gerado no SIOPS com base nos dados informados pelos entes federados. Além de sua elaboração, o sistema disponibiliza diversos tipos de consultas, relatórios e indicadores.

O programa semestral foi introduzido no ano de 2002, após entendimentos com a STN/MF, em virtude de o sistema gerar automaticamente o demonstrativo de despesa com saúde. A partir do exercício 2013, o registro de dados passa a ser bimestral e obrigatório, conforme determina a LC 141/2012.

O SIOPS faculta aos Conselhos de Saúde e à sociedade em geral a transparência e a visibilidade sobre a aplicação dos recursos públicos. Constitui importante instrumento para a gestão pública em saúde, pois a partir das informações sobre recursos alocados no setor, têm-se subsídios para a discussão sobre o financiamento e planejamento do SUS.

A consolidação das informações sobre gastos em saúde no país é uma iniciativa que vem proporcionar a toda a população o conhecimento sobre quanto cada unidade político-administrativa tem aplicado na área.

Para obter maiores informações sobre o financiamento da saúde consulte o seguinte endereço eletrônico:

http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarArea&codArea=400

9. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011 – REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº 8.080/90

O Decreto 7.508, sancionado em 28 de junho de 2011, vem preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ao regulamentar, depois de 20 anos, a Lei 8.080/90, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, possibilitando o aprimoramento do Pacto Federativo contribuindo efetivamente, na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Sendo assim apresentamos os seguintes aspectos inerentes ao aprimoramento da gestão Inter federativa:

I Da organização das Instâncias de Governança do SUS:

1. Ficam regulamentadas as Comissões Intergestores como as instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos, para definição das regras da gestão compartilhada do SUS, expressão da articulação Inter federativa.
2. Garantir apoio técnico e financeiro tripartite para qualificação da CIR, estruturando câmaras técnicas de funcionamento permanente, dando organicidade à região de saúde.
3. Integram os componentes estratégicos da instância de governança a Comissão Intergestores Tripartite, no âmbito nacional, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito estadual, e Regional as Comissões Intergestores Regionais (CIR), no âmbito das Regiões de Saúde, nas quais se discute e decide-se de maneira consensual toda a gestão da saúde, de modo compartilhado e que substituem os atuais Colegiados de Gestão Regional (CGR).
4. Como processo de aprimoramento e qualificação das CIR no âmbito de cada Estado, as Secretárias Estaduais e os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, uma avaliação da conformação de suas regiões de saúde tendo como base o disposto no Capítulo II, Seção I, artigos 4º à 6º do Decreto 7508.

a. As bases para o processo de avaliação de conformação das regiões de saúde serão apresentados na CIT de fevereiro e servirão de base para os trabalhos das CIB. (Bases/Método)

b. O processo de avaliação deverá ser discutido no âmbito de cada CIB e será objeto de apresentação e discussão na CIT, servindo de base para a implantação do Planejamento Regional Integrado em 2012.

II Do processo de Planejamento

1. O processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) configura-se como responsabilidade dos entes públicos, sendo desenvolvidas de forma contínua, articulada, integrada e solidária entre as três esferas de governo, de modo a conferir direcionalidade à gestão pública da saúde.

2. Pressupõe que cada ente federado realize o seu planejamento, considerando as especificidades do território, as necessidades de saúde da população, a definição de diretrizes, objetivos e metas a serem alcançadas mediante ações e serviços programados pelos entes federados, constituindo assim as redes de atenção à saúde e contribuindo para melhoria da qualidade do SUS, tanto nos aspectos relativos à sua gestão, quanto nas ações e serviços prestados à população brasileira.

3. A Lei 8080/90 e sua regulamentação, instituída no Decreto 7508/2011, estabelecem que o planejamento da saúde é ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde.

4. As diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, serão as que foram aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, na reunião ordinária de novembro/2011 e servirão e base para a construção do processo de pactuação tripartite na qualificação do processo de planejamento regional.

5. Pactuar no primeiro semestre de 2012 o processo de gestão de informação em saúde, subsidiando a gestão da rede de atenção.

6. Considerar as fragilidades do pacto no que se refere à gestão do trabalho, a PPI sem recursos novos, o complexo regulatório com um conjunto de dificuldades e sistemas de informação insuficiente.

7. Inserção da saúde indígena em espaço local regional e na Contratualização-diretriz do PNS sob responsabilidade federal.

Plano Diretor de Regionalização – PDR

1. O PDR, expressa o planejamento regional da saúde. Contém o desenho final do processo de identificação e reconhecimento das regiões de saúde e os desenhos das redes regionalizadas de atenção à saúde.

2. Conforme estabelecido no Decreto 7508/2011, o planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, de modo que o Plano Estadual de Saúde expressará no seu conteúdo o desenho das regiões de saúde instituídas, bem como as redes de atenção à saúde organizadas no território das regiões e entre estas.

3. Além disso, o exercício da governança do SUS, no âmbito das regiões de saúde, vivenciado nas Comissões Intergestores Regionais, demanda um processo permanente de planejamento, cujos produtos são expressos no COAP.

4. O produto do planejamento regional integrará o Plano Estadual de Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP)

Programação de Ações e Serviços

1. A PPI é definida e quantificada, com o planejamento, as ações de saúde para a população residente em cada território e efetuada os pactos para garantia de acesso da população aos serviços de saúde, organizando os fluxos de referenciamento.

2. Inicialmente, a PPI e as programações atuais (atenção básica e vigilância em saúde) serão utilizadas, em caráter transitório, como referência para a Programação Geral de Ações e Serviços de Saúde – PGASS que consta no anexo II, parte II do COAP.

3. A PGASS contemplará, em segundo momento, a totalidade das ações de assistência à saúde (da atenção básica e especializada), de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental), de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e RENAME a serem realizadas na região a partir das prioridades definidas no planejamento regional integrado.

4. Identificar os parâmetros e indicadores a serem usados na construção da programação geral e sua interface com o processo atual da pactuação (PPI) para discutir cobertura.

5. Modelagem da nova lógica de programação com enfoque regional, no primeiro trimestre de 2012.

6. As redes temáticas serão consideradas como estratégias organizativas do planejamento regional, com ênfase no processo de regulação.

III Do Contrato Organizativo de Ação Pública e os Instrumentos do Pacto pela Saúde

1. O Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) será elaborado pelos entes federativos em cada Região de Saúde, instituída de acordo com o art. 5º do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e com o disposto na Resolução nº 01/CIT de 2011, cabendo à Secretaria Estadual de Saúde coordenar a sua implementação.

2. O objeto do COAP será a organização e a integração das ações e serviços de saúde dos entes federativos de uma Região de Saúde em Rede de Atenção à Saúde.

3. O COAP estabelecerá, para cada ente signatário, as responsabilidades organizativas, executivas, orçamentário-financeiras e de monitoramento, avaliação de desempenho e auditoria.

a. O COAP conterá a seguinte estrutura formal:

I – Parte I: Das responsabilidades organizativas;

II – Parte II: Das responsabilidades executivas

III – Parte III: Das responsabilidades orçamentário-financeiras e formas de incentivo, com a identificação dos repasses; e

IV – Parte IV: Das responsabilidades pelo monitoramento, avaliação de desempenho da execução do COAP e auditoria.

4. O processo de assinatura do COAP será desenvolvido no sentido de aprimorar o Pacto pela Saúde sendo necessário a definição de incorporação de instrumentos e mecanismos de pactuação, dando sinergia a ação que envolvera a construção deste processo no âmbito da região de saúde.

5. O COAP em 2012 terá como base os aspectos organizativos da gestão e da assistência à saúde englobando os aspectos da vigilância e promoção da saúde.

6. Os conteúdos do Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão serão incorporados prioritariamente nas partes I e II do contrato.

7. Com relação às prioridades, objetivos e meta do Pacto pela Vida e de Gestão, o processo vigente possui um desenho definindo por meio de 11 prioridades vinculadas ao Pacto pela Vida conforme destacados abaixo, 27 objetivos, 28 metas e 29 indicadores. Ainda fazem parte do processo de pactuação 11 indicadores

vinculados ao processo de monitoramento dos seis eixos do Pacto de Gestão, com 11 objetivos, 11 metas e 11 indicadores.

8. Para efeito de construção do COAP as prioridades do PACTO PELA VIDA e seus objetivos para 2012 serão incorporadas no contrato a partir das diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde. As diretrizes nacionais do Plano Nacional de Saúde 2012-2015 serão base para a definição das prioridades previstas na parte II do COAP.

9. O Indicador de Desempenho do SUS – IDSUS deverá estar disposto nos objetivos e metas do COAP e será componente prioritário do monitoramento e avaliação de desempenho.

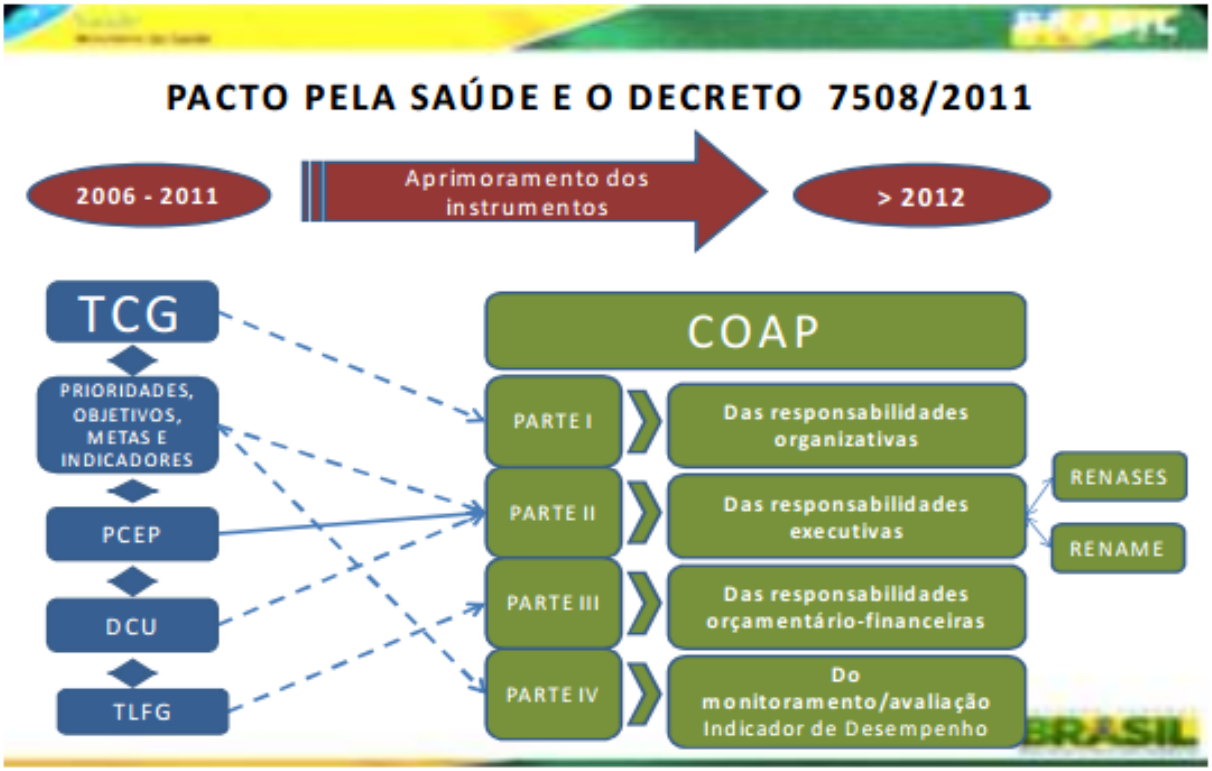
10. No tocante ao Termo de Limite Financeiro Global, que se refere aos recursos federais de custeio, da unidade federada, explicitando o valor correspondente a cada bloco de financiamento relacionando com a Portaria GM 204/07, este instrumento será extinto, ficando as responsabilidades financeiras de cada ente definidas na Parte III do COAP.

11. Revisar Portaria GM 204/2007, em 2012.

12. Definir metodologias, instrumentos e sistemas de informação para apuração de custos que permita estimativa de recursos financeiros para custeio global.

13. A Declaração de Comando Único, que dispõe sobre a gestão de prestadores cujas informações sobre gestão dos recursos integram os quadros da PPI (Prt GM/MS nº 1097/2007), quando da assinatura do COAP, estarão nas Responsabilidades Executivas (Parte II, Anexo III).

14. Quanto ao Protocolo de Cooperação entre entes Públicos, que formaliza a relação entre gestores nas situações em que as unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no Município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra, fica mantido e fará parte do Anexo III da parte II do COAP, sendo que o extrato do mesmo será extinto, conforme figura abaixo.



15. Harmonizar os aspectos jurídicos com as Procuradorias com vistas ao processo de contratualização para apoiar o entendimento e assinatura dos COAP.

16. Compatibilizar as informações para o monitoramento do COAP apoiando a atuação dos órgãos de controle.

17. Tendo em vista que todos os municípios já assumem compromissos vinculados a um conjunto de prioridades, objetivos e metas, fica estabelecido que a partir de 2012 todos, passarão a assumir as diretrizes descritas na Portaria GM 399 de 22 de fevereiro de 2006, que deverão ser revisadas à luz das diretrizes oriundas do processe de implantação do Decreto e pactuadas na CIT.

18. A Portaria 399/06 ao ser revisada deverá ser pactuada na CIT de Fevereiro de 2012.

19. Desta forma ficam revogadas as prerrogativas e responsabilidades dos municípios habilitados na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS.

IV Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde:

1. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), é o conjunto de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, oferecidos pelo SUS à população para atender à integralidade da assistência à saúde.

2. A RENASES tem por finalidade tornar públicas as ações e serviços de saúde que o SUS oferece à população com o fim de cumprir o disposto no art. 7º inciso II da Lei 8.080/90, dirimindo um a um o conjunto de indefinições e conflitos quanto aos aspectos da integralidade no SUS.

3. Hoje temos como instrumento de informação (Tabela Unificada) representando a listagem de ações garantidas pelo SUS - relação de procedimentos construídos com base na lógica de remuneração de serviços por procedimentos.

4. De acordo com o Art. 43 do Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011, a primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação do citado decreto eram ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

5. Etapa I

Primeira versão da RENASES apresentada na CIT Dezembro – ações ao tempo do Decreto 7508;

6. Etapa II

Utilização da RENASES como orientadora para o processo de planejamento e da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde.

V Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais .:

1. A RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

2. Medicamentos essenciais são aqueles definidos pelo SUS para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso.

3. A RENAME está estruturada do seguinte modo:

I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;

II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;

III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;

IV - Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos; e

V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospital

4. Os medicamentos e insumos farmacêuticos constantes da RENAME serão financiados pelos três entes federativos de acordo com as pactuações nas respectivas Comissões Intergestores e as normas vigentes para o financiamento do SUS.

5. Agenda de Pactuação :

a) Envio de minuta das Relações ao GT de C&T da CIT dia 22/11

b) Pactuação na CIT de dezembro/2012

c) Rever, em ate 90 dias, apos pactuação da Rename, as portarias-mãe da assistência farmacêutica.

d) Realização de Seminário Nacional Tripartite acerca da lei 12.401 e Decreto regulamentador (fevereiro de 2012).

10. CARTÃO NACIONAL DO SUS

O Cartão Nacional de Saúde – CNS - é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

Além dos cadastros, o Cartão Nacional de saúde é constituído por:

- cartão do usuário: um cartão magnético, que será lido pelos equipamentos terminais desenvolvidos especificamente para o projeto. Este cartão tem impresso o número nacional de identificação do usuário;
- cartão do profissional: também é um cartão magnético e permitirá a identificação dos profissionais de saúde perante o sistema;
- uma infraestrutura de informação e telecomunicações, com funções de captar, armazenar e transmitir as informações sobre os atendimentos realizados. Essa infraestrutura é composta pelos equipamentos terminais, instalados nas unidades de

saúde que compõem o SUS, pelos equipamentos servidores instalados nas secretarias estaduais e municipais de saúde e no Ministério da Saúde e por uma rede de comunicações que abrange os níveis municipal, estadual e federal; e

- aplicativos desenvolvidos especificamente para o sistema Cartão Nacional de Saúde.

O sistema permite a coleta de uma série de informações vinculadas ao atendimento realizado, contribuindo para a organização de serviços de saúde e para ampliar e qualificar o acesso dos usuários aos mesmos. Dentre os objetivos do projeto, destacam-se:

- construção de uma base de dados de histórico clínico;
- imediata identificação do usuário, com agilização no atendimento;
- ampliação e melhoria de acesso da população a medicamentos;
- possibilidade de revisão do processo de compra de medicamentos;
- integração de sistemas de informação;
- acompanhamento dos fluxos assistenciais, ou seja, acompanhamento do processo de referência e contra referência dos pacientes;
- revisão dos critérios de financiamento e racionalização dos custos;
- acompanhamento, controle, avaliação e auditoria do sistema e serviços de saúde;
- gestão e avaliação de recursos humanos.

Com tudo isso, será possível conhecer quem está sendo atendido, por quem, aonde, como e com quais resultados.

11. OUTRAS OBRIGAÇÕES DOS MUNICIPIOS – ESTRATÉGIAS E PROGRAMAS

11.1. ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de

descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

É o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, através da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Seus principais princípios e diretrizes são:

I - Territorialização e Responsabilização Sanitária

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc). Por meio da territorialização se amplia a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito à responsabilidade que as equipes devem assumir em seu território de atuação (adstrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades.

II - Descrição dos Usuários e Vínculo

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de serem referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de co-responsabilização pela saúde, construído ao

longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

III - Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial.

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta ainda que ele seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

IV - Cuidado Longitudinal

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

V - Ordenação da Rede de Atenção à Saúde

A Atenção Básica deve ser organizada como base da Rede de Atenção à Saúde (RAS), por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel chave na ordenação da RAS. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado, com elevado grau de resolutividade. A ordenação da RAS desta forma implica também em que a maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico sejam elaborados e implantados a partir das necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica.

VI - Gestão do Cuidado Integral em Rede

O vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutiva, humanizada e integral permite o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado dos usuários pelas equipes, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a

continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS, momento em que a coordenação da atenção básica é decisiva.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional

Considerando a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há que se ter/construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva. Isto requer tanto a presença de diferentes formações profissionais quanto um alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

A portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, *aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).*

11.2. Acompanhamento e Avaliação

A avaliação em saúde pode se configurar num instrumento central para implementação da universalidade e equidade dos serviços de saúde, principalmente se aquilatada com a participação da sociedade no controle das ações governamentais. Refletir sobre a efetividade e eficácia das ações e serviços de saúde, supondo participação e controle democrático, pode se traduzir na ampliação do acesso à saúde da população, principalmente se tal prática se insere no cotidiano institucional das instâncias gestoras do SUS.

O ato de avaliar, mesmo se caracterizando como uma apreciação ou interpretação que envolve poder pode ser construído coletivamente, assentado em compromissos públicos pactuados dinamicamente. Assim, a participação ativa de estados, municípios e usuários em momentos avaliativos, além de democratizar relações de poderes, propicia compromissos que podem viabilizar mudanças, uma

vez que as responsabilidades passam a ser partilhadas na esfera pública de decisões.

Nesses termos, as instâncias de discussão e negociações do SUS, consubstanciados nas Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartites, vêm se caracterizando como o cenário adequado para as pactuações referentes à política de saúde do Brasil. A intenção aqui assumida é a de aprimorar, de forma permanente e processual, os espaços de gestão democrática do SUS, fortalecendo a avaliação no âmbito da Atenção Básica.

11.3. Alimentação e Nutrição

A Promoção da Alimentação Saudável (PAS) é uma das linhas de trabalho da Coordenação Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e tem como objetivo apoiar os estados e municípios brasileiros no desenvolvimento de ações e abordagens para a promoção da saúde e a prevenção de doenças relacionadas à alimentação e nutrição, tais como anemia, hipovitaminose A, distúrbios por deficiência de iodo (DDIs), desnutrição, obesidade, diabetes, hipertensão, câncer, entre outras.

As ações da área têm como enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem a produção e o consumo de alimentos locais de baixo custo e elevado valor nutritivo, bem como padrões alimentares mais variados, desde os primeiros anos de vida até a idade adulta e velhice.

A promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e também se insere como um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), ao considerar a ampliação e qualificação das ações de promoção nos três níveis de complexidade, desafiando a proposição de uma ação transversal, integrada e Inter setorial.

A PNPS reforça ainda as recomendações da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, que tem como meta geral a promoção e proteção à saúde mediante ações sustentáveis em nível comunitário, nacional e mundial, com apoio a modos de vida saudáveis e com a participação dos profissionais de saúde e de outros setores pertinentes.

Diferentes ações têm sido pensadas no sentido de estimular a autonomia das

pessoas para a escolha e favorecer a adoção de práticas alimentares (e de vida) saudáveis. Nesse sentido, têm-se como focos a criação de ambientes favoráveis, o desenvolvimento de habilidades pessoais e empoderamento, a mobilização e a participação social, eixos nos quais são desenvolvidas as ações da área.

11.4. Áreas Técnicas

11.4.1 Doenças Crônicas

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de maio de 2010, na Resolução nº 265, decidiu convocar, para setembro de 2011, em Nova York, uma Reunião de Alto Nível sobre DCNT com a participação dos chefes de Estado. Essa é a terceira vez que a ONU chama uma reunião de alto nível para discutir temas de saúde, o que representa uma janela de oportunidade, significando um ponto crucial para o engajamento dos líderes de Estado e Governo na luta contra as DCNT, bem como para a inserção do tema das DCNT como fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial aquelas relativas à redução da pobreza e desigualdade.

O objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Para a consecução desse Plano, foram estabelecidas diretrizes que orientarão a definição ou redefinição dos instrumentos operacionais que o implementarão, como ações, estratégias, indicadores, metas, programas, projetos e atividades.

11.4.2. PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas

médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde – OMS – de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado.

Em virtude da crescente demanda da população brasileira, por meio das Conferências Nacionais de Saúde e das recomendações da OMS aos Estados-membros para formulação de políticas visando integração destas práticas aos Sistemas Oficiais de Saúde, além da necessidade de normatização das experiências existentes no SUS, o Ministério da Saúde aprovou – por meio da Portaria GM nº 971, de 03 de maio de 2006 – a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, contemplando as áreas de Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica e Termalismo Social – Crenoterapia, promovendo a institucionalização destas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem como objetivos:

1 - Incorporar e implementar as Práticas Integrativas e Complementares no SUS, na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada ao cuidado continuado, humanizado e integral em saúde;

2 - Contribuir ao aumento da resolubilidade do Sistema e ampliação do acesso à PNPIC, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso;

3 - Promover a racionalização das ações de saúde, estimulando alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades e;

4 - Estimular as ações referentes ao controle/participação social, promovendo o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde.

11.5. Saúde da Família

A Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tem como principal desafio promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

Prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem).

11.6. PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde, viabilizada a partir de um acordo de empréstimo celebrado, com o Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD). Este acordo apoia, por meio de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos 184 municípios com população superior a 100 mil habitantes que participaram da Fase 1 e de todos os Estados e o Distrito Federal.

A segunda etapa da fase 2 do PROESF relaciona-se com o atual momento de desenvolvimento da Atenção Básica brasileira marcado pela publicação da Portaria n 2.488, de 21 de outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e para a Estratégia Saúde da Família e da Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011 que institui o Saúde Mais Perto de Você - Acesso e Qualidade, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ.

11.7. Política Nacional de Saúde Bucal

Os profissionais da equipe de saúde bucal devem desenvolver a capacidade de propor alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, seja nas ações desenvolvidas com as áreas de saneamento, educação, assistência social, cultura,

transporte, entre outras.

No âmbito da assistência essas diretrizes aportam, fundamentalmente, para a ampliação e qualificação de atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção.

11.8. Saúde Indígena

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizou as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal. Ela prevê, dentre outras coisas, o direito das populações a um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que respeite suas especificidades culturais.

Desde agosto de 1999, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

11.9. Saúde da criança e do adolescente

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 19 em 2008. Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis. Além disso, 70% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde – tais como a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) – faz parte da realidade social e sanitária de nosso País.

11.10. Saúde do Homem

O Ministério da Saúde, em 2009, estabeleceu como prioridade a proteção à população jovem e adulta masculina, lançando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional e instituída pela Portaria GM 1944, em 27 de agosto de 2009. A Política traduz um longo anseio da sociedade, ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Devido à aspectos culturais e deficiências no sistema de saúde, os homens habituaram-se a evitar o contato com os serviços de saúde, seja nos consultórios médicos, seja nas unidades básicas de saúde

Para operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ação Nacional, com a intenção de servir de subsidio aos gestores, Comissões Intergestores Bibartite – CIBs, Comissão Intergestores Regional – CIR e Conselhos de Saúde, com a finalidade de desenvolver estratégias e ações voltadas para a Saúde do Homem, inserindo-as em seus respectivos Planos de Saúde Estaduais e Municipais, respeitando as especificidades e as diversidades locais e regionais. Como estratégia de implantação em 2009 optou-se por implantar a Política nos 26 estados, no Distrito Federal e em 26 municípios brasileiros previamente selecionados.

Em SC o município escolhido foi Joinville. No inicio de 2010 a Área Técnica de Saúde do Homem solicitou a indicação de mais 03 municípios, sendo que o município de Florianópolis deveria ser um dos indicados, pois Florianópolis foi uma das Capitais que não estava relacionada na primeira etapa. Alguns critérios foram elencados para essa inclusão e a manifestação da vontade estava no rol deles. A CIB /SC por meio da deliberação 41/10 aprovou a indicação dos municípios de Florianópolis, Lages e Chapecó, para que no decorrer de 2010 implantem a PNAISH.

11.11. Saúde da Mulher

No ano de 2003, em parceria com diversos setores da sociedade, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que

foi publicada em 2004, objetivando incorporar entre os seus temas prioritários a promoção da atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência.

A Área Técnica de Saúde da Mulher desenvolve suas estratégias para a atenção nas situações de violência doméstica e sexual em articulação com as demais políticas públicas de saúde, suas diretrizes e programas: a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e do Jovem, de Atenção à Saúde Mental, de Saúde do Trabalhador, de Vigilância em Saúde e de Promoção da Saúde. De igual forma, a área trabalha ainda com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com outros parceiros governamentais, bem como associações de classe e organizações não governamentais.

11.12. Saúde do Idoso

O trabalho é baseado na promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e reabilitação da capacidade funcional; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. A proposta de envelhecimento ativo e saudável busca oferecer qualidade de vida por meio da alimentação adequada e balanceada, prática regular de exercícios físicos, convivência social estimulante, busca de atividades prazerosas e/ou que reduzam o estresse, diminuição dos danos decorrentes do consumo de álcool e tabaco e diminuição significativa da automedicação.

O idoso saudável tem sua autonomia preservada, tanto a independência física, como a psíquica. Uma das metas é aumentar a qualidade dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para trabalharem com os detalhes da vida da pessoa idosa. Entre eles, estão: a identificação de situações de vulnerabilidade social; a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais; a avaliação da capacidade funcional, entre outros.

11.13. Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isso é que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a

comunidade oferece. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais, nos CAPS III). O programa de ***Volta para Casa*** que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte dessa Política.

11.14. Rede Cegonha

A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde, operacionalizada pelo SUS, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito a:

• Ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal.
• Transporte tanto para o pré-natal quanto para o parto.
• Vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto - “Gestante não peregrina!” e “Vaga sempre para gestantes e bebês!”.
• Realização de parto e nascimento seguros, através de boas práticas de atenção.
• Acompanhante no parto, de livre escolha da gestante.
• Atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade.
• Acesso ao planejamento reprodutivo.

É uma Rede de cuidados que assegura às MULHERES o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e as CRIANÇAS o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

11.15. SIAB

Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB foi implantado em 1998 em substituição ao Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - SIPACS, pela então Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE, para o acompanhamento das ações e dos resultados das atividades realizadas pelas equipes do Programa Saúde da Família - PSF.

O SIAB foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. Dentre elas, destacamos: micro-espacialização de problemas de saúde e de avaliação de intervenções; utilização mais ágil e oportuna da informação; produção de indicadores capazes de cobrir todo o ciclo de organização das ações de saúde a partir da identificação de problemas; consolidação progressiva da informação, partindo de níveis menos agregados para mais agregados.

Por meio do SIAB obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.

Principal instrumento de monitoramento das ações da Saúde da Família tem sua gestão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação/DAB/SAS (CAA/DAB/SAS), cuja missão é monitorar e avaliar a atenção básica, instrumentalizando a gestão e fomentar /consolidar a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS.

A disponibilização da base de dados do SIAB na internet faz parte das ações estratégicas da política definida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de fornecer informações que subsidiem a tomada de decisão pelos gestores do SUS, e a instrumentalização pelas instâncias de Controle Social, publicizando, assim, os dados para o uso de todos os atores envolvidos na consolidação do SUS.

Atualmente, para que o sistema se transforme, de fato, num sistema que permita o monitoramento e favoreça a avaliação da atenção básica, o Departamento de Atenção Básica/SAS em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE vem investindo em sua reformulação, articulada com os demais sistemas de informação dos outros níveis de atenção. Este processo está envolvendo todas as áreas técnicas do MS que implementam ações básicas de saúde e, posteriormente, será discutido nas instâncias de deliberação do SUS.

11.16. NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde é complexa e demanda uma intervenção ampla em diversos aspectos para que se possa ter efeito positivo sobre a qualidade de vida da população, necessita de um conjunto de saberes para ser eficiente, eficaz e resolutiva. É definida como o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais (STARFIELD, 2004).

Desta forma, são definidos os quatro atributos essenciais da atenção primária à saúde: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema.

A Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primaria bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, com a Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado.

11.17. Farmácia Básica

Este Programa tem como objetivo possibilitar o acesso da população a medicamentos essenciais, voltados para o tratamento das afecções e doenças de maior ocorrência ao nível de atenção básica à saúde. Até março de 1999, este Programa era desenvolvido através da distribuição de kits de medicamentos específicos (quarenta medicamentos que compunham a farmácia básica) aos municípios. A partir de abril de 1999, o Programa foi descentralizado, sendo então

repassado aos municípios, habilitados previamente, o valor correspondente para a aquisição, pelo município, dos medicamentos específicos às suas necessidades.

O programa é destinado exclusivamente, à atenção primária de saúde, na rede SUS, nos serviços ambulatoriais que disponham de médicos para sua correta prescrição.

11.18. Vigilância em Saúde

A Lei 8.080, no artigo 18, prevê que cabe ao Município executar ações de Vigilância em Saúde. A Vigilância em Saúde do Município atua em consonância com a ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, do Ministério da saúde, e com a divisão de Vigilância Sanitária da SES – Secretaria de Saúde, na formulação da política de Vigilância sanitária, aplicando a legislação federal e estadual e propondo legislação complementar no que couber. Conquistar melhores condições de saúde pública para a população deve ser uma das missões e o compromisso dos governantes. A Vigilância em Saúde é parte importante deste processo, porque oferece à sociedade a possibilidade de atuar diretamente, prevenindo e denunciando situações que colocam em risco a saúde da comunidade

11.19. Vigilância Epidemiológica

Como define a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a vigilância epidemiológica é "o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças". A Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS define normas e procedimentos técnicos e diretrizes operacionais, além de promover a cooperação técnica e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Também promove a cooperação técnica com organismos internacionais correlatos.

A Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS trabalha para a promoção e disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva o estabelecimento de sistemas de informação e

análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do país e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

11.20. Programa Nacional de Imunização – PNI

O Programa Nacional de Imunização traz em seus objetivos ampliar a cobertura da vacinação de rotina de 70% para 95% das crianças menores de 01 ano, para tanto será mobilizada a comunidade para a vacinação contra a difteria, coqueluche, tétano, sarampo, tuberculose e poliomielite. Será também introduzida pela primeira vez a vacina contra a hepatite B, buscando atender 3,5 milhões de crianças menores de 01 ano. É adotado ainda um calendário diferenciado para vacinação das populações indígenas, ribeirinhas e rurais de difícil acesso, dadas as características diferenciadas destes grupos populacionais.

11.21. Programa de Agentes Comunitários – PACS

Tem como diretriz contribuir para a organização da Atenção Básica à Saúde, com ênfase nas ações de prevenção e de promoção à saúde. Os Agentes Comunitários de Saúde devem estar integrados às Unidades Básicas de Saúde e sua criação não pode ser caracterizada como ação paralela ao SUS. O Programa de Agentes Comunitários da Saúde busca a valorização da família e da comunidade e sua participação ativa na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

11.22. Controle, Avaliação e Auditoria

O sistema de controle avaliação tem o objetivo de apreender em que medidas as metas estão sendo alcançadas, a que custo, e reorientar os custos das ações e serviços programados. Cada município deverá criar o seu sistema de controle e avaliação. Sugerem-se como recursos operacionais para o sistema de controle e avaliação:

- Criação e implementação de um sistema de informação;
- Criação e implementação de mecanismos e instrumentos de registro e das ações e serviços de saúde produzidos (boletins, relatórios, fichas de controle e outros);

- Supervisão e fiscalização das ações e serviços.

Para saber mais sobre a Política Nacional de Atenção Básica acesse o Manual: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf

12. TRATAMENTO FORA DO DOMICILIO – TFD

O Tratamento Fora de Domicílio - TFD é um instrumento legal que permite através do Sistema Único de Saúde – SUS o encaminhamento de pacientes a outras unidades de saúde a fim de realizar tratamento médico fora da sua microrregião, quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência/estado, e desde que haja possibilidade de cura total ou parcial, limitado ao período estritamente necessário e aos recursos orçamentários existentes.

12.1. Da Documentação

1. Tratamento Fora de Domicílio *Dentro do Estado (fora de sua microrregião):*
1.1. PROCESSO TFD:
a) Laudo Médico TFD (uma via);
b) Pedido TFD (uma via);
c) Exames Complementares (quando houver, anexar cópia).

2. Tratamento Dentro da Microrregião:
a) Ficha de encaminhamento (uma via);
b) Exames Complementares (quando houver anexar cópia).

3. Tratamento Fora de Domicílio *Fora do Estado:*
3.1. PROCESSO TFD:
a) Laudo Médico TFD (uma via);
b) Pedido TFD (uma via);
c) Exames Complementares (quando houver, anexar cópia);
Os formulários fazem parte deste Manual.

12.2. Do Laudo Médico TFD

Documento utilizado pelo médico assistente para indicação do tratamento fora de domicílio. Nele estão prescritas informações pertinentes ao paciente (dados pessoais), histórico da doença, diagnóstico provável, tratamento realizado, duração do tratamento, justificativa da impossibilidade de atendimento na localidade, justificativa da urgência, justificativa do tipo de transporte, entre outros. Deverá ser carimbado e assinado pelo médico assistente do paciente.

12.3. Do Pedido TFD

Documento utilizado pelos gestores do SUS para solicitação do tratamento / exame/ consulta, pactuados na Programação Pactuada e Integrada - PPI, fora de sua jurisdição. É anexado ao Pedido de TFD, o Laudo Médico. Nele estão contidas informações pertinentes ao paciente (dados pessoais), o município de origem e a Gerência Regional de Saúde a que pertence.

a) Deverá ser assinado pelo Gestor Municipal (Secretaria Municipal de Saúde);

b) Deverá ser analisado e assinado pela Gerência Regional de Saúde;

c) Deverá ser analisado pela Comissão Médica local e estadual (ver Fluxograma anexo);

d) Deverá ser agendado e devolvido à Gerência Regional de Saúde/Município, somente quando autorizado;

e) Nos casos de procedimentos constantes da Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade - CNRAC compete ao Ministério da Saúde o direcionamento dos pacientes.

12.4. Da Ficha de Encaminhamento

Documento utilizado pelos Gestores do SUS para solicitação de tratamento / exame consulta, pactuados na PPI, dentro de sua microrregião. Nela estão contidas as informações pertinentes ao paciente (dados pessoais e clínicos), ao município de origem e à Gerência Regional a que pertence.

a) Deverá ser assinada pelo Gestor Municipal (Secretaria Municipal de Saúde).

b) Deverá ser analisada e assinada pela Gerência Regional de Saúde.

c) Deverá ser realizado o agendamento de acordo com a PPI, e devolvido ao município de origem.

12.5. Do Tratamento

1. Para o primeiro atendimento, quando fora do Estado, o paciente deverá apresentar à unidade médico-hospitalar de referência, o "PEDIDO *TFD*", onde constará data e hora do atendimento; os atendimentos subsequentes serão realizados mediante "*FICHA DE AGENDAMENTO*" (modelo anexo) preenchida pela unidade com assinatura/carimbo médico;
2. Para o primeiro atendimento, quando dentro do Estado, dentro ou fora de sua microrregião, deverá ser respeitado o Fluxograma anexo;
Parágrafo Único - Exceto em se tratando de comprovada urgência (justificada pelo profissional médico) sem que haja tempo hábil para formalizar o Processo de TFD o que deverá ser feito, quando do atendimento.
3. A solicitação de revisão não significa retorno quando o controle do tratamento for efetuado na localidade de residência;
4. **Ao término do tratamento, o paciente deverá entregar na Secretaria Municipal de Saúde de origem, o "*RELATÓRIO DE ALTA*" que será encaminhado ao Setor Estadual - TFD para baixa do processo**;
5. Em caso de óbito de pacientes em TFD a responsabilidade da preparação e do traslado do corpo será do município, quando ocorrer dentro do estado. Quando ocorrer fora do estado, a responsabilidade será da Secretaria de Estado da Saúde.

12.6. Dos Critérios

1. O TFD só será autorizado quando esgotados todos os meios de tratamento dentro do município;
2. Será concedido, exclusivamente, ao paciente atendido na rede pública, ambulatorial e hospitalar, conveniada ou contratada do SUS;
3. Do atendimento precederá agendamento na unidade de referência;
4. A referência de pacientes atendidos pelo TFD deve ser explicitada na PPI de cada município;

5. É vedado o acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica – PAB ou Piso da Atenção Básica Ampliada - PABA;
6. A autorização de transporte aéreo para pacientes/ acompanhantes será precedida de rigorosa análise dos gestores do SUS.
7. Para cada procedimento de alta complexidade são definidos critérios específicos normatizados pelas portarias a seguir:

12.7. Portarias

As portarias que normatizam as solicitações para autorizações dos exames e programas são encontradas no site da Saúde: http://www.saude.gov.br/sas/ - menu PORTARIAS

12.8. Das Despesas

1. As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial, diárias para pernoite e ajuda de custo para alimentação para paciente e acompanhante (se houver), bem como as despesas com preparação e traslado do corpo, em caso de óbito em TFD;
2. Só serão permitidas despesas citadas no item 1 quando forem esgotados os recursos de tratamento no domicílio (com base na PPI);
3. A responsabilidade pelo pagamento de despesas com deslocamentos intraestadual será atribuída às Secretarias Municipais de Saúde, que utilizarão a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS fazendo parte integrante deste Manual, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária dos municípios;
4. A responsabilidade pelo pagamento de despesas nos deslocamentos interestaduais será atribuída à Secretaria de Estado da Saúde, que utilizará a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do Estado;
5. Nos deslocamentos interestaduais, acompanhante(s) também terá (ão) direito a pagamento das despesas como transporte, diárias, pernoite e ajuda de custo para alimentação asseguradas pela SES, conforme Tabela SIA/SUS;

6. O pagamento das despesas de pacientes em TFD, conforme Tabela SIA/SUS, será concedido exclusivamente aqueles atendidos na rede pública, conveniada ou contratada pelo SUS;
7. O acompanhante deverá retornar à localidade de origem após a internação do paciente, salvo quando, a critério médico, for aconselhada a sua permanência;
8. Quando da alta do paciente houver necessidade de acompanhante para seu retorno, o órgão de TFD de origem providenciará o deslocamento do mesmo;
9. O pagamento das despesas relativas ao deslocamento em TFD só será permitido quando esgotados todos os meios de tratamento na localidade de residência;
10. Fica vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência;
11. Fica vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores de 50 Km de distância e em regiões metropolitanas;
12. Quando o paciente/acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia serão autorizadas, apenas, passagens e ajuda de custo para alimentação, conforme Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS;
13. A Secretaria de Estado da Saúde poderá reembolsar ao paciente as despesas com diárias e passagens nos deslocamentos para fora do estado, quando se tratar de casos de comprovada urgência, sem que haja tempo hábil para formalizar a devida solicitação, o que deverá ser providenciado após o retorno e encaminhado via Gerência Regional de Saúde, caso o paciente possua o processo de TFD autorizado previamente.

12.9. Do Controle

O controle das despesas com deslocamento intraestadual de pacientes em TFD, será realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde. Nos deslocamentos interestaduais, será realizado pela Secretaria de Estado da Saúde.

1 Caberá às Secretarias Municipais de Saúde encaminhamento do "*Boletim de Produção Ambulatorial - BPA*" com especificação das despesas definidas na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS à Diretoria de Regulação e Auditoria do Sistema de Saúde - DIRE referente aos deslocamentos intraestaduais;

2 Caberá a Diretoria de Ações de Saúde – DISA o encaminhamento do "*Boletim de Produção Ambulatorial - BPA*" com especificação das despesas definidas na Tabela e Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS à Diretoria de Regulação e Auditoria do Sistema de Saúde - DIRE, referente aos deslocamentos interestaduais;

3 A Secretaria de Estado da Saúde - SES e as Secretarias Municipais de Saúde – SMS deverão organizar os comprovantes das despesas relativas aos TFD's de modo a manter disponível a documentação comprobatória das despesas de acordo com este Manual.

Faz parte deste Manual a "Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais SIA/SUS".

12.10. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade – CNRAC

Instituída pela Portaria GM/SAS n º 2309, de 19 de dezembro de 2001, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade, nas áreas de cardiologia, oncologia, traumato ortopedia, neurocirurgia e exploração diagnóstica e cirurgia para epilepsia. A assistência ambulatorial em alta complexidade se dá única e exclusivamente para o grupo 26 da Hemodinâmica.

Os procedimentos serão financiados pelo Ministério da Saúde, com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação/FAEC, por meio da Câmara Nacional de Compensação.

Somente poderão ser inscritos na CNRAC solicitações para atendimento de pacientes que necessitarem de assistência hospitalar de alta complexidade, em outro estado, quando residirem em estado com ausência ou insuficiência na oferta desses procedimentos.

CONCLUSÃO

A Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina – AMOSC, pretende com este oferecer subsídios aos novos administradores e profissionais que atuam na área da Saúde do Município, na implantação, implementação e execução das atividades pertinentes a cada área.

Trata-se, portanto, de um instrumento facilitador, que apresenta informações e encaminhamentos necessários e essenciais aos dirigentes municipais.

Objetiva o referido documento, a integração e a participação de toda população envolvida, garantindo assim maior eficácia em suas ações e, consequentemente, uma melhor qualidade de vida aos munícipes.

Uma reflexão importante é que no início dos trabalhos dos novos gestores, é imprescindível a valorização do conhecimento acumulado, em cada Secretaria, pelo conjunto de funcionários que dão continuidade às ações e serviços, independentemente das mudanças eleitorais. A complexidade da gestão do SUS impõe o diálogo democrático sobre os serviços e espaços coletivos e, sobretudo, o reconhecimento das ações realizadas consideradas positivas que demandam continuidade e permanência, pois toda inovação dependerá do estágio de implantação do SUS, que é singular a cada município.

É por isso que os gestores municipais devem enfrentar o desafio de mudar não somente os processos de trabalho centrados no médico e na medicalização, mas também a forma como se faz a gestão do sistema e dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DO OESTE DE SANTA CATARINA, Legislação Básica. **In: Manual de Setor de Serviço Social e Saúde**, Chapecó: AMOSC. 2009. 106 p.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde / Tribunal de Contas da União. – Brasília: TCU, 4ª Secretaria de Controle Externo, 2010.127 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 2009. 200p. (REFLEXÕES AOS NOVOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE).

DIREITO à SAÚDE; com controle social. Fórum Sul da Saúde, PR, SC e RS. S. D. Xerox.

FIOCRUZ. Manual Curso Nacional de Qualificação de Gestores do SUS – 2010 – EAD-ENSP.

SAÚDE; Coletânea Pública Municipal. Confederação Nacional dos Municípios. Brasília. 2004. 134 p.

Sites:
www.saude.gov.br
www.saude.sc.gov.br
www.brasilsus.com.br
www.bvsms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/alertalegis.html

Geísa Müller de Oliveira – Nutricionista
Gerente de Programa – CIS-AMOSC
Assessora de Saúde - AMOSC